



1996-2016 SWAPS 20 ANS

Santé, réduction des risques et usages de drogues N° 83-84 / 2^e-3^e trimestre 2016

Vingt ans d'évolutions
de l'usage de drogues en France,
héritages et nouvelles
transformations / 2

Pour changer la loi,
il faut sortir du sanitaire / 29

Vingt ans de soins / 32

Vingt ans de réponse pénale
à l'usage de stupéfiants / 9

Le modèle français
de réduction des risques / 37

Traitement de l'addiction,
succès et challenges / 15

Vingt ans de non loi,
ou les ambiguïtés persistantes
de la réduction des risques (1996-2016) / 20

La cocaïne et le cannabis
au cœur des bouleversements
de l'offre de drogues illicites en France / 25

QUESTIONS / RÉPONSES

Didier Jayle / 41
Nicole Maestracci / 42
France Lert / 43
Anne Coppel / 45
William Lowenstein / 46
Alain Morel / 48
Serge Hefez / 50

Vingt ans d'évolutions de l'usage de drogues en France, héritages et nouvelles transformations

François Beck / Directeur de l'OFDT

Entre les fantasmes et une réalité souvent complexe, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) s'efforce depuis plus de 20 ans, en s'appuyant sur ses propres enquêtes et sur les données produites par d'autres institutions, de rendre lisibles ces phénomènes de manière réactive et, lorsque c'est possible, de les quantifier.

Les usages de drogues, mais aussi le prisme par lequel ils sont observés, ont considérablement évolué depuis 20 ans. Le champ des « drogues » est devenu celui des « conduites addictives », englobant ainsi les substances psychotropes licites et illicites puis les addictions sans produits. À la figure du « drogué » se sont substitués de multiples profils, de « l'ancien héroïnomane des années 1990 sous substitution » au « psychonaute » commandant des *research chemical* (RC) (nom fréquemment donné par les usagers aux nouvelles drogues de synthèse [NPS]) sur Internet en passant par « l'usager-revendeur de MDMA (3,4-méthylènedioxy-méthamphétamine) » ou encore le « teuffeur » polyusager et amateur occasionnel d'effets hallucinogènes¹. La consommation de produits psychotropes peut être qualifiée de récréative, festive, problématique, etc. L'addiction aux opiacés a remplacé la dépendance à l'héroïne et n'est plus désormais synonyme d'injection. Autant de glissements sémantiques qui rendent compte des profondes transformations survenues en 20 ans des usages de drogues – et de leurs représentations – et de

Imprégnation persistante de la population française par le tabac et l'alcool

Depuis le début des années 1990, les usages de tabac se sont transformés ; ils ont d'abord baissé sous l'effet des hausses de prix et d'une certaine dénormalisation soutenue par les interdictions entrées en vigueur. Leur maintien à un niveau relativement élevé s'inscrit désormais dans un contexte différent avec une offre importante de produits de substitution et l'apparition de la e-cigarette qui n'a toutefois pas fait massivement reculer le tabagisme. Depuis le milieu de la décennie 2000, des fumeurs s'emparent de la e-cigarette pour tenter de diminuer leur tabagisme, de reprendre le contrôle, à défaut de parvenir à un arrêt total de la consommation. Ainsi, en 2014, 82 % des vapofumeurs (fumeurs à la fois de tabac et d'e-cigarette) indiquaient avoir réussi à diminuer leur consommation de tabac de neuf cigarettes en moyenne, 400 000 fumeurs (sur 13 millions) estimaient avoir réussi à arrêter de fumer par ce biais. Dans un contexte encore très marqué par la controverse scientifique, la vaporisation pourrait conduire à une baisse de la prévalence tabagique à l'avenir, même s'il est encore trop tôt pour le

¹ Costes JM (Dir.). *Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 vus au travers du dispositif TREND*. Saint-Denis: OFDT 2010. englobées par ces termes.

dire. L'entrée dans le tabagisme tarde toutefois à régresser. En lien, peut-être, avec un ensemble de mesures prises entre 2003 et 2010 dans le but de protéger les mineurs, l'âge moyen d'expérimentation du tabac descendu jusqu'à 13,4 ans en 2005, recule progressivement, s'établissant autour de 14 ans à partir de 2011, alors que l'âge moyen du passage à la consommation quotidienne est passé, en 12 ans, de 14,6 ans à près de 15 ans en 2014. Le tabac demeure à ce jour, la première substance consommée régulièrement à 17 ans avec 32,4 % de fumeurs réguliers à cet âge², contre 41,1 % en 2000.

La consommation d'alcool, quant à elle, a connu une baisse régulière en France depuis les années 1950, tendance qui s'est poursuivie en dépit d'un ralentissement depuis le milieu des années 1990³. Cette baisse est surtout liée à la diminution de l'usage de vin. La part des 15-75 ans qui consomment de l'alcool tous les jours a, en effet, été divisée par deux en 20 ans, passant de 24 % en 1992 à 10 % en 2014. La pratique la plus courante est désormais la consommation occasionnelle d'alcool. Cependant, si les adultes déclarent une consommation courante mais moins importante qu'autrefois en volume, en particulier les femmes, les jeunes déclarent plus souvent, depuis quelques années, une consommation ponctuelle mais forte, pratique qui décroît après 25 ans. La consommation mensuelle de six verres ou plus lors d'une même occasion (alcoolisation ponctuelle importante [API]) concerne environ un jeune sur quatre entre 15 et 34 ans⁴. Le vin est délaissé au profit de la bière, des alcools forts et de nouveaux types de boissons alcoolisées, d'arômes et de mélanges sucrés qui visent des publics plus jeunes et plus féminins. Parmi les adultes, la plupart des consommateurs d'alcool ont un usage contrôlé, mais près d'un sur dix peut être considéré comme ayant un usage problématique (quatre fois plus souvent les hommes que les femmes). Depuis quelques années, on observe un rapprochement des conduites d'alcoolisation des hommes et des femmes, qui semble aller de pair avec une dynamique

d'uniformisation des rôles sociaux. Ce rapprochement apparaît en effet davantage dans les classes favorisées que dans celles qui le sont moins et parmi les actifs occupés que chez les inactifs ou chômeurs⁵.

Des transformations durables dans le champ des drogues illicites

Si certaines tendances relèvent d'effets de mode, auxquels les plus jeunes se montrent particulièrement réceptifs ou de phénomènes circonscrits dans le temps, tels que le retour

actuel du comprimé d'ecstasy après une chute régulière de sa popularité au cours des années 2000^{2,4}, ou encore l'usage du GHB/GBL (gamma-hydroxybutyrate/gamma-butyrolactone), substance industrielle circulant jusqu'alors dans certains milieux festifs gay, s'étant diffusé parmi de jeunes fêtards n'appartenant pas à ce milieu par le biais des clubs « gay-friendly » à la fin de cette même période¹. D'autres facteurs répondent à des tendances plus lourdes, lesquelles ont, sur une dizaine d'années ou plus, transformé en profondeur le champ des drogues et des addictions. Il s'agit, en particulier, de l'adoption au cours de la décennie 1990 d'une politique de réduction des risques et des dommages (RdRD), marquée notamment par la diffusion des traitements de substitution aux opiacés (TSO) ; l'installation concomitante et le développement en France du mouvement contre-culturel et musical « techno » ; puis, dans les années 2000, le cycle européen de diffusion de la cocaïne, toujours à l'œuvre en France¹. De même, les évolutions majeures des marchés et trafics ont conduit au cours des quinze dernières années à un accroissement radical de l'accessibilité des produits. Plus largement, la progression de la place du cannabis dans la culture occidentale modifie le rapport aux substances des nouvelles générations et progressivement celui de la population générale. Enfin, les conséquences de l'intensification de la crise économique en cours sur les populations les plus vulnérables ne seront probablement attestées que dans plusieurs années⁶.

Implantation « culturelle » du cannabis

Sur la période 1992-2002, on a assisté à un accroissement important des usages occasionnels et réguliers de cannabis. L'évolution concernait essentiellement les classes d'âge les plus jeunes, puis a eu tendance à se diffuser aux autres générations. Cette tendance demeure assez limitée, du fait d'un effet « cycle de vie » qui amène fréquemment les usagers à diminuer ou cesser leurs usages avec l'arrivée des diverses responsabilités professionnelles ou familiales (Fig. 1).

La période 2002-2010 a ensuite été le théâtre d'une relative stabilisation suivie d'un recul de l'expérimentation et surtout des usages plus réguliers, essentiellement parmi les plus jeunes. Malgré une reprise à la hausse observée sur les dernières données 2014 à la fin de l'adolescence et en population adulte, il faut souligner que les niveaux d'usage des plus jeunes apparaissent pour leur part à la baisse entre 2010 et 2015. Parmi les adultes, le phénomène continue à avancer dans les classes d'âge en suivant les générations.

Si la diffusion des usages est facilitée par l'offre très dynamique, renforcée par le développement continu de

² Spilka S, Le Nezet O, Ngantcha M, Beck F. Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête Escapad 2014. *Tendances* 2015;100. 8 p.

³ OFDT. *Drogues, chiffres clés* (6^e édition). Saint-Denis : OFDT 2015. 8 p.

⁴ Beck F, Richard JB, Guignard R, Le Nézet O, Spilka S. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014. *Tendances OFDT* 2015;99. 8 p.

⁵ Beck F, Legleye S, Maillachon F, de Peretti G. Femmes influentes sous influence ? Genre, milieu social et usages de substances psychoactives. *Médecine/Science* 2010;26:95-7.

⁶ Cadet-Tairou A, Gandilhon M, Martinez M, Néfau T. Substances psychoactives en France : tendances récentes (2014-2015). *Tendances OFDT* 2015;105. 6 p.



Figure 1. Évolution de la proportion d'usage actuel de cannabis parmi les 18-64 ans entre 1992 et 2014 (en %). Sources : Baromètre santé 1992, 1995, 2000, 2005, 2010, 2014, INPES, exploitation OFDT

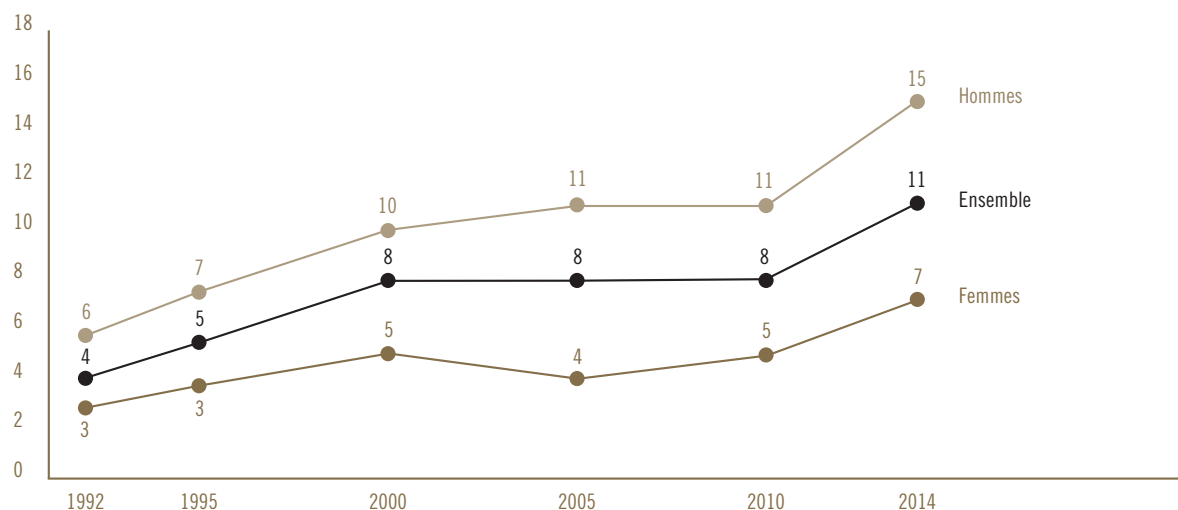
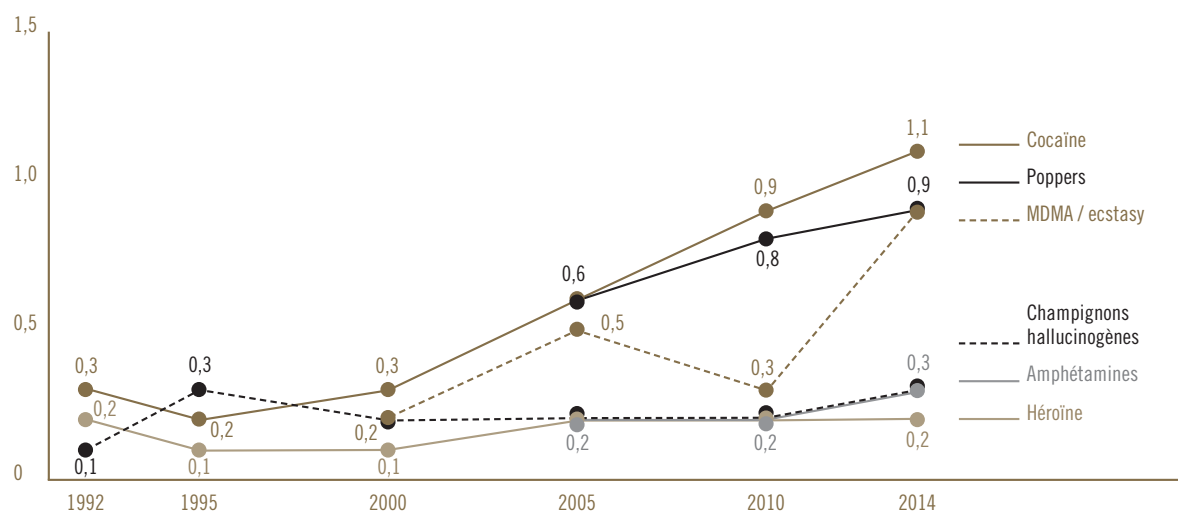


Figure 2. Évolution de l'usage actuel des principales drogues illicites (hors cannabis) entre 1992 et 2014 parmi les 18-64 ans (en %)

Sources : Baromètre santé 1992, 1995, 2000, 2005, 2010, 2014, INPES, exploitation OFDT



l'autoproduction (le nombre d'autocultivateurs était estimé entre 80 000 et 200 000)³, elle l'est aussi par la normalisation « culturelle » progressive de la consommation, au moins expérimentale, de cannabis dans un large pan de la population française. En témoignent les 17 millions de Français qui disent avoir déjà consommé ce produit en 2014⁴ (contre 9,5 millions en 2002), les débats récurrents autour de la légalisation de l'usage, mais aussi la mobilisation d'usagers qui s'organisent, en particulier autour de l'herbe. Perçu comme un produit naturel, voire bio, ses adeptes valorisent volontiers la notion de goût et de terroir. Entre diabolisation du cannabis et ignorance des dangers, réels, de sa consommation, la population française ne semble pas encore partager une approche rationnelle du produit.

Accès aux traitements de substitution

La libéralisation de l'accès aux traitements de substitution à base de méthadone puis de buprénorphine haut dosage (BHD) au milieu des années 1990 a radicalement transformé les consommations d'opiacés. Elle a eu pour effet immédiat de réduire drastiquement le marché de l'héroïne, de même que le nombre de surdoses, alors que la vente libre de seringues puis la distribution de matériel d'injection, associées à une certaine libéralisation de l'information (autosupport) avaient déjà amorcé une baisse de la transmission du virus du sida parmi les injecteurs. Par ailleurs, elle a permis à nombre d'usagers dépendants de l'héroïne d'obtenir un répit dans la recherche du produit et de retrouver une insertion sociale. Le développement de marchés noirs de ces médicaments

les a installés à la frontière entre drogues et médicaments. Ils peuvent ainsi être chronologiquement le premier opiacé expérimenté, comme se révéler à l'origine d'une dépendance à cette classe de produits, en dehors même de toute consommation d'héroïne. Ils viennent, pour ces usagers, durablement ou de manière cyclique, remplacer l'héroïne, en l'absence de la somme nécessaire pour acheter sa dose ou quand la qualité du produit circulant est trop aléatoire, transformant « l'héroïnomane » en un polyusager dépendant des opiacés, potentiellement capable de faire face au quotidien tout en gérant sa dépendance. L'ensemble de ces transformations a conduit à une relative dédramatisation de l'image de l'héroïne, effritant, pour une part des générations actuelles d'amateurs de drogues, le lien symbolique entre héroïne d'une part, et dépendance, déchéance sociale, surdose et sida d'autre part (en effet, beaucoup ignorent le risque de surdose qui persiste avec le sniff, de même qu'une consommation non quotidienne peut être à l'origine d'une dépendance rapide). Le fait que le mode d'entrée courant dans l'usage d'héroïne soit désormais le sniff, qui reste la seule voie d'administration pour la majorité des jeunes usagers, même dépendants, contribue également à en adoucir l'image. Il s'ensuit l'apparition plus fréquente, en particulier dans les régions frontalières au nord et à l'est où l'héroïne est disponible et bon marché, de jeunes usagers n'étant pas forcément désocialisés. Relativement éloignés des mondes des drogues, ils sont peu au fait des pratiques destinées à réduire les risques et les dommages liés à leur consommation, en particulier s'ils en viennent à injecter, et souvent isolés face à leurs problèmes dès lors qu'ils sont devenus dépendants.

Développement du mouvement festif et techno : l'émergence du concept d'usage récréatif

Au cours des années 1990, le développement en Europe du mouvement culturel « électro », s'est accompagné de la diffusion, dans des milieux à la recherche de modes de vie alternatifs, de l'usage d'un nouveau produit, l'ecstasy, dont les effets apparaissaient en phase avec cet univers musical : endurance (tenir plusieurs jours), ressenti particulier de la musique (être dans le son), sentiment d'empathie et de désinhibition favorisant la convivialité.

On a vu se développer en Europe de nouvelles formes d'usages, émerger des profils d'usagers inédits, tandis que les substances consommées allaient se diversifiant.

Les fondateurs de cette contre-culture revendiquaient alors un usage de drogues uniquement

récréatif (c'est-à-dire lorsqu'il n'entraîne ni problème de santé, ni trouble du comportement nuisible pour soi ou pour les autres), bannissaient l'injection, usant plutôt des voies orale, sniffée ou fumée, tentant de maintenir des consommations non régulières. Actuellement, la MDMA (poudre ou cristal) ou l'ecstasy (comprimés) sont consommées dans un cadre où circulent, outre le cannabis et l'alcool, omniprésents, d'autres stimulants (amphétamine, cocaïne), des hallucinogènes naturels ou non (LSD, kétamine, etc.), des NPS ou encore, moins systématiquement, opiacés et tranquillisants pour réguler les effets des autres produits consommés.

Au cours des 20 dernières années, le nombre d'amateurs de musique électro a considérablement augmenté, favorisant l'émergence d'un nouveau courant culturel qui normalise les usages de psychotropes. Outre les multiples free parties, regroupements de taille limitée, organisés sans autorisation, des événements plus larges sont organisés, les « multi-sons » soumis à autorisation (terme apparu au cours des années 2000). Elles peuvent être légales, déclarées et répondant au cahier des charges réglementaire et désignées par le terme de *raves* (*parties*) ou non déclarées et donc non autorisées et nommées alors *free* (*parties*). Ou encore les « teknivals », manifestations de grande ampleur attirant un public très large de même que les zones « off », festivals alternatifs de musique organisés en marge d'un festival officiel. Le public de la scène alternative se diversifie, attirant de jeunes urbains comme de jeunes ruraux qu'il familiarise avec les produits. Parallèlement, la musique électro est sortie des seuls événements relevant d'une culture alternative en entrant dans l'espace festif conventionnel, clubs, discothèques ou bars musicaux.

Cocaïne, produit phare des années 2000⁷

Sous la pression du trafic qui s'est alors orienté vers l'Europe, la France, comme ses voisins, a connu au cours des années 2000 une croissance continue de la consommation de cocaïne (Fig. 2) : en 2014, 5,6 % des 18-64 ans l'ont expérimentée au cours de leur vie alors qu'ils étaient seulement 1,2 % en 1995. Sortant des milieux favorisés dont elle était l'apanage, elle s'est diffusée vers les classes moyennes ou populaires, portée par son image de performance et de réussite et par une offre extrêmement dynamique. Cette hausse des niveaux de consommation en France s'est poursuivie alors que les pays les plus consommateurs en Europe (Royaume-Uni et Espagne) voyaient leurs prévalences baisser depuis le milieu des années 2000.

En dépit de l'expérience des consommateurs les plus anciens, qui ont eu à gérer la dépendance psychique

⁷ Gandilhon M. Le petit trafic de cocaïne en France. *Tendances OFDT* 2007;53. 4 p.



Une forme de mondialisation : des substances de plus en plus accessibles par tous

Certains produits se trouvent en plus grande quantité sur le territoire que dans les années 1990-2000, à commencer par le cannabis du fait d'un trafic très actif et surtout de pratiques croissantes d'autoculture³. Par ailleurs, le développement à partir des années 2000, et toujours en cours, d'un micro-traffic, d'abord de cocaïne, puis d'héroïne a élargi l'accès à ces substances aux petites villes de province, aux aires péri-urbaines et rurales, rendant possibles des initiations dans des zones jusqu'alors non concernées. Il s'agit de petits réseaux de vente ou d'usagers groupant leurs moyens pour aller s'approvisionner directement auprès de semi-grossistes au-delà des frontières ou dans les métropoles régionales⁸. Par effet d'enchaînement, l'élargissement de la demande suscite des vocations d'usagers-revendeurs qui financent ainsi leur propre consommation et accroissent le niveau de l'offre.

Parallèlement, entre 1990 et 2010, certains prix ont diminué, en particulier celui de la cocaïne et de l'héroïne, les rendant de fait plus abordables. La remontée du prix de la cocaïne depuis 2010 participe sans doute à diminuer l'accessibilité pour les plus jeunes, mais cette tendance est compensée par le développement actuel des ventes en petites quantités (demi-gramme, quart de gramme) destinées à maintenir le produit à la portée des moins aisés. D'autres produits sont maintenant facilement accessibles par l'achat sur Internet : champignons et autres plantes hallucinogènes ou encore les innombrables NPS, lesquels sont revendus sur les lieux ou les événements festifs sous des noms souvent fantaisistes. Le monde virtuel et électronique permet également aux jeunes hyperconnectés d'échanger des informations au degré de fiabilité variable. Internet, par le biais du *dark Web* (partie non référencée du Web utilisée pour mener des activités illégales : ventes d'armes, de drogues illicites, de papiers d'identité, etc.) où les échanges y sont cryptés, devient également depuis plusieurs années l'instrument, quoiqu'encore très minoritaire, de diffusion de drogues classiques.

tenace, voire les troubles psychiatriques consécutifs à un usage répété, la cocaïne reste pour les plus jeunes usagers un produit festif et valorisant, dont le seul véritable garde-fou est le prix. Sa large disponibilité en a fait le premier produit illicite rencontré par le jeune public (après le cannabis), avant qu'elle ne soit supplantée par l'ecstasy auprès de la nouvelle génération, au début de la décennie 2010.

Des frontières devenues poreuses dans les années 2000

Enfin, au cours des années 2000, une porosité s'est développée, par le biais de jeunes en errance, entre deux espaces de consommations jusque-là relativement disjointes : d'une part l'univers des « usagers classiques », le plus souvent précaires, centrés sur les opiacés, l'alcool et la cocaïne, et d'autre part celui de l'espace festif techno. Celle-ci est à l'origine d'un échange entre ces deux cultures, portant sur les substances mais surtout sur les modes d'usage, multipliant la variété des pratiques possibles. Ainsi, si les opiacés demeurent injectés par une part des usagers dépendants, l'héroïne est actuellement majoritairement sniffée. À l'inverse, l'injection de la cocaïne s'est considérablement développée parmi les usagers les plus précaires. Ces derniers peuvent injecter également les drogues de synthèse, traditionnellement consommées par voie orale ou sniffée en espace festif. La technique dite de la « chasse au dragon », désignant l'usage des produits par voie fumée en respirant les vapeurs issues de la substance déposée sur une feuille « d'aluminium » que l'on chauffe avec un briquet (chauffé, l'aluminium est en réalité toxique, les structures de RdRD fournissent d'autres supports) s'est également étendue au-delà du monde alternatif des *travellers* (personnes ayant adopté un mode de vie alternatif et nomade, le plus souvent dans le cadre du mouvement techno) vers des usagers plus traditionnels comme une alternative à l'injection, pour consommer un produit tel que l'héroïne, encore relativement absent de la scène festive alternative.

Décollage de l'offre de produits de synthèse

Pressentie depuis la fin des années 1990, où des substances synthétiques peu connues circulaient à la marge dans les espaces festifs alternatifs, la multiplication du nombre de molécules synthétiques différentes en circulation ne démarre réellement en France qu'à partir de 2008⁹.

Entre 2008 et 2015, 176 nouvelles substances ayant circulé au moins une fois en France ont été recensées via le réseau du Système d'identification des toxiques et des

substances (SINTES) de l'OFDT, mais beaucoup plus sont proposées à la vente sur Internet. La recherche de ces substances reste à l'heure actuelle relativement circonscrite à des personnes déjà usagères de drogues, mais semble se développer ces dernières années ; en 2014, 1,7 % des Français déclaraient avoir déjà pris un cannabis de synthèse au cours de leur vie, soit un niveau équivalent à celui des expérimentateurs de LSD ou d'héroïne. En outre, les amateurs de psychotropes les consomment régulièrement à leur insu, croyant prendre une drogue « classique ». Le nombre de substances qui semblent réellement circuler de manière significative reste limité (10 à 15), mais de nombreuses autres apparaissent plus aléatoirement. Leur consommation, surtout inopinée, appelle, actuellement, un renforcement de la transmission des pratiques de RdRD.

Conclusion : une réalité de plus en plus hétérogène

Plus que le produit, ce sont les trajectoires de vie, l'intensité, les circonstances, et surtout les conséquences de l'usage qui vont différencier le consommateur posant problème du consommateur récréatif. En écho à la grande diversification des produits disponibles, la figure de l'usager de drogues qui va au-delà de l'usage occasionnel (si l'on excepte l'alcool, le tabac et le cannabis qui est, pour une majorité de ses utilisateurs, le seul produit illicite consommé) est désormais celle du polyusager, et l'alcool occupe souvent une place importante. La gamme des substances impliquées dépend du cadre et des fonctions de l'usage. La concurrence entre différents produits aux propriétés proches ou non oriente les choix selon le rapport qualité-accessibilité/prix d'un produit à un instant et dans un lieu donnés. Ainsi, la crise économique en cours oriente nombre d'usagers de drogues vers les médicaments, moins chers.

Les changements de générations amènent aussi à un retour cyclique de problématiques telles que l'apprentissage des pratiques de RdRD. Cependant, même si l'impact de la RdRD sur les modes d'usage demande à être évalué quantitativement, les observateurs (professionnels, réseau TREND, etc.) semblent rapporter plus fréquemment un infléchissement des pratiques en lien avec les messages de RdRD : en 2015, la consommation de

puyant notamment sur la connaissance croissante des mécanismes neurobiologiques de la dépendance recréent une homogénéité nosologique autour de l'addiction. Elle y englobent désormais des dépendances comportementales, ou addictions sans produit, qu'il s'agisse des jeux d'argent et de hasard, des jeux vidéo, d'Internet mais aussi de l'addiction au travail ou au sport, au sexe, ou encore de troubles du comportement alimentaire, apportant ainsi un nouvel éclairage sur les risques de l'usage de drogues¹⁰.

La complexité du champ impose de disposer d'outils d'observation variés et nombreux, adaptés aux populations spécifiques comme à la population générale, exercice auquel s'applique l'OFDT depuis sa création, en s'appuyant sur son propre dispositif d'enquêtes et sur les données produites par d'autres institutions. Reposant en grande partie sur des données déclaratives, ce système d'observation entre par ailleurs en résonance avec les grands principes de la RdRD dans le souci de penser les questions liées à ce champ en écoutant la parole des usagers et des acteurs de terrains qui sont à leur contact au quotidien.

quart ou de demi-comprimés d'ecstasy semble s'être largement diffusée. L'usage de la voie inhalée pour consommer de l'héroïne progresse chez les usagers problématiques, limitant ainsi les risques liés à l'injection.

Face à cette hétérogénéité des situations vis-à-vis des produits, de nouvelles approches, s'ap-

⁸ Gandilhon M, Cadet-Taïrou A. *Les usages de drogues en espace rural : populations, marchés, réponse publique. Tendances OFDT 2015*;104. 4 p.

⁹ Cadet-Taïrou A. *Profil et pratiques des usagers de nouveaux produits de synthèse. Tendances OFDT 2016*;108. 8 p.

¹⁰ OFDT. *Drogues et addictions, données essentielles. Saint-Denis: OFDT 2013.*

PROHIBI
DÉ
PÉ
NA
LI
SA
TION

LEGG
IS
ON

Vingt ans de réponse pénale à l'usage de stupéfiants

Ivana Obradovic / OFDT

À l'image de l'UNGASS 2016, le consensus international autour de la « guerre à la drogue » semble affaibli, même si le paradigme prohibitionniste reste le référentiel dominant. En France, la loi de 1970 continue de faire débat, bien que toutes les propositions de réforme, d'initiative parlementaire ou intragouvernementale, soient restées sans suite. En l'espace de deux décennies, le cadre juridique international et national a donc relativement peu évolué, hormis quelques initiatives récentes de régulation du cannabis en Uruguay et dans huit États américains (Colorado, État de Washington Oregon, Alaska, Californie, Maine, Massachusetts, Nevada) et Washington DC, même si les conditions d'application de la loi en France se sont assez largement transformées. I. Obradovic dresse le bilan de 20 ans de politique pénale à l'égard des usagers de stupéfiants en France.

¹ Autorisation de mise sur le marché de la buprénorphine haut dosage (BHD) le 26 janvier 1996, un an après la méthadone (21 mars 1995).

² Après 25 ans d'une « guerre à la drogue » déclarée par le président américain Richard Nixon, le paradigme de l'interdit pénal connaît quelques remises en cause. Outre la poignée d'États qui ont, depuis déjà 20 ans, défié la loi fédérale en décriminalisant la possession de faibles quantités de cannabis (Oregon en 1973, Californie en 1975, Minnesota en 1976, Mississippi en 1977, Nebraska en 1978, etc.), la Californie franchit un pas supplémentaire en légalisant l'usage thérapeutique du cannabis par référendum (proposition 215 ou Compassionate Use Act, 56 % de votes favorables).

³ De la circulaire Pleven (25 août 1971) jusqu'aux circulaires Méhaignerie (1993 et 1995), en passant par les circulaires Arpaillange (30 mars 1973), Le Guehec (7 mars 1977), Peyrefitte (17 mai 1978), Badinter (17 septembre 1984) et Chalandon (12 mai 1987), les directives de politique pénale sont doublement convergentes : elles soulignent le flou des frontières de l'usage et invitent à éviter les poursuites pour les usagers simples au profit de mesures de soins.

⁴ Obradovic I. Trente ans de réponse pénale à l'usage de stupéfiants. Tendances 2015/103. OFDT.

⁵ Obradovic I. La pénalisation de l'usage de stupéfiants en France au miroir des statistiques administratives. Enjeux et controverses. Déviance et Société 2012 : 36/4 : 441-69.

⁶ Les substances classées comme stupéfiants sont listées dans quatre annexes à l'arrêté du 22 février 1990 inspirées des conventions internationales.

1996-2016 : 20 ans d'évolutions

L'année 1996 marque un tournant dans les politiques publiques menées en matière de drogues illicites en France. La réduction des risques (RdR) s'impose comme une préoccupation grandissante des pouvoirs publics¹, en même temps que la lutte contre le trafic est érigée en priorité gouvernementale (cf. encadré). Dans ce contexte, par ailleurs marqué par des changements sur le plan international², le statut légal du cannabis fait l'objet de vifs débats en France. Depuis la loi fondatrice du 31 décembre 1970, qui interdit le trafic et l'usage simple de stupéfiants (passible de peines allant jusqu'à 3 750 euros d'amende et un an d'emprisonnement), les controverses portent sur l'indifférenciation des peines selon le produit, à l'heure où la consommation de cannabis augmente. Les critiques se cristallisent autour des difficultés d'application de la loi : comment, en effet, distinguer un usage d'un usage-revente lors d'une interpellation et comment différencier les actes préparatoires à l'usage (achat ou détention) de l'usage lui-même lors de la phase pénale ? Ces questions, qui soulignent le flou des frontières

de l'usage expliquent que, dès 1996, le cadre d'application de la loi de 1970 a déjà fait l'objet d'ajustements par voie de circulaires de politique pénale³, qui s'accordent sur le principe d'orienter les usagers vers des mesures de soins plutôt qu'une incarcération⁴.

À partir des statistiques officielles de la police judiciaire (centralisées par le ministère de l'Intérieur) et de la justice pénale (produites par le ministère de la Justice), notamment le casier judiciaire, automatisé depuis 1984, cet article dresse le bilan de vingt ans de politique pénale à l'égard des usagers de stupéfiants en France⁵.

Croissance continue des interpellations pour usage

Le nombre d'interpellations pour infraction à la législation sur les stupéfiants (ILS)⁶ a doublé depuis 20 ans, en métropole et dans les DOM-COM (Fig. 1). Parmi les personnes mises en cause pour ILS, 83 % le sont pour des faits d'usage simple, 9 % pour usage-revente, 6 % pour trafic et 2 % pour d'autres types de délits. L'activité policière en matière de lutte contre les stupéfiants met donc majoritairement en cause des consommateurs (plus de 90 % en additionnant les usagers simples et les usagers-revendeurs), de façon de plus en plus nette : entre 1996 et 2015, les interpellations d'usagers ont augmenté trois fois plus vite que celles d'usa-



1996 : année du renforcement des discours de lutte contre le trafic

En 1996, une série de dispositions législatives consacre la volonté gouvernementale de durcir la lutte contre le trafic de stupéfiants, deux ans après l'entrée en vigueur du nouveau code pénal qui a calqué les procédures sur les règles de la lutte contre le terrorisme. Alors que les peines correspondant aux actes de trafic sont considérablement alourdies⁷, de nouveaux délits sont créés afin de pouvoir appréhender toutes les personnes suspectées de trafic. Ainsi la loi du 13 mai 1996⁸ instaure un délit général de blanchiment du produit du crime en même temps que deux nouveaux délits : le fait de provoquer un mineur au trafic de stupéfiants⁹ ou de se livrer au « proxénétisme de la drogue » (c'est-à-dire de ne pouvoir justifier ses ressources tout en étant en relation habituelle avec un trafiquant ou un usager de stupéfiant¹⁰). En outre, la loi du 19 juin 1996¹¹ classe les produits précurseurs en trois catégories selon leur probabilité d'utilisation à des fins de fabrication de stupéfiants : les transactions mettant en jeu ces substances doivent être validées par l'administration et toute opération « inhabituelle » déclarée au ministre de l'Industrie. Cette consolidation du cadre juridique de la lutte contre le trafic de stupéfiants s'incarne aussi dans la loi du 29 avril 1996¹², qui cible plus particulièrement le trafic en haute mer en autorisant l'arraisonnement de navires suspectés de participer au trafic de stupéfiants en dehors des eaux territoriales. D'une façon générale, la stratégie de lutte contre la drogue est réorientée de façon à atteindre au cœur les vecteurs du trafic et le patrimoine des trafiquants. Le fonds de concours destiné à recueillir le produit de la vente des produits confisqués dans le cadre de procédures d'infraction à la législation sur les stupéfiants (ILS), créé en 1993, est ainsi stabilisé par décret en 1995¹³ et il est décidé qu'il contribuera à financer les moyens des services impliqués dans la lutte contre le trafic de stupéfiants.

⁷ Par exemple, transport, détention, offre, cession, acquisition, emploi mais aussi importation et exportation de stupéfiants sont punis de 10 ans d'emprisonnement et de 50 M€ d'amende (environ 7,6 M€ actuels).

⁸ Loi n° 96-392 du 13 mai 1996 relative à la lutte contre le blanchiment et le trafic des stupéfiants et à la coopération internationale en matière de saisie et de confiscation des produits du crime (NOR : JUSX9400059L).

⁹ Puni de 7 à 10 ans d'emprisonnement selon l'âge du mineur.

¹⁰ Puni de 5 à 10 ans d'emprisonnement selon que l'usager ou le trafiquant est mineur.

¹¹ Loi n° 96-542 du 19 juin 1996 relative au contrôle de la fabrication et du commerce de certaines substances susceptibles d'être utilisées pour la fabrication illicite de stupéfiants ou de substances psychotropes (NOR : INDX9500023L).

¹² Loi n° 96-359 du 29 avril 1996 relative au trafic de stupéfiants en haute mer et portant adaptation de la législation française à l'article 17 de la convention des Nations Unies contre le trafic illicite des stupéfiants et substances psychotropes faite à Vienne le 20 décembre 1988 (NOR : JUSX9400124L).

¹³ Décret n° 95-322 du 17 mars 1995 autorisant le rattachement par voie de fonds de concours du produit de cession des biens confisqués dans le cadre de la lutte contre les produits stupéfiants (NOR : BUD9560005D).

¹⁴ Le management par objectifs de la délinquance, connu sous la dénomination de « politique du chiffre », a été mis en place à partir de 2006-2007 comme en attestent différents rapports publics (Cour des comptes, 2011 ; IGA, IGPN, IGGN, IGI, 2013). L'abandon de la politique du chiffre a été officiellement annoncé par le ministre de l'Intérieur Manuel Valls en juin 2012.

gers-revendeurs ou de trafiquants. Cependant, depuis 2010, le rythme de progression des interpellations s'est ralenti avec, pour la première fois depuis 15 ans, un recul en 2015.

Interpellations centrées sur les usagers de cannabis

Les interpellations pour usage concernent surtout des consommateurs de cannabis. En 1996, le cannabis représentait 77 % des interpellations pour usage : sa part est supérieure à 90 % en 2015, sans commune mesure avec les autres produits, même si certains progressent fortement. En 20 ans, les interpellations d'usagers ont été multipliées par trois pour le cannabis, contre quatre pour la cocaïne et le crack mais ceux-ci n'ont jamais représenté plus de 5 % des procédures pour usage. Les interpellations d'usagers d'héroïne ont suivi une trajectoire inverse : hausse jusqu'au milieu des années 1990 puis diminution après la mise en place de la substitution aux opiacés jusqu'à retrouver leur niveau plancher (7 000 par an). À titre indicatif, on peut estimer que 3 % des usagers de cannabis dans l'année (soit 4,6 millions) sont interpellés, au cours d'une année, au titre de leur consommation, en France métropolitaine. Cette prédominance du cannabis au sein des interpellations pour usage reflète pour partie

la progression de la consommation en population générale. Elle traduit également une attention policière renforcée à l'égard des fumeurs de cannabis, facilement repérables dans l'espace public du fait des propriétés du produit (son odeur caractéristique) et de son mode de consommation dominant (en groupe). Les statistiques d'interpellation rendent compte avant tout de l'activité des services de police et de gendarmerie : élucidée sitôt qu'elle est constatée, l'infraction d'usage constitue en effet une infraction « révélée par l'action des services », selon la catégorisation de l'Observatoire national de la délinquance, ce qui, dans le cadre d'une « politique du chiffre »¹⁴, la rend particulièrement attractive lorsqu'il s'agit d'optimiser le taux de résolution des services¹⁵. Ainsi, comme le souligne la Cour des comptes : « pour améliorer leurs résultats quantitatifs, notamment en matière d'élucidation, les services ont accordé une priorité croissante à la constatation de l'infraction la moins lourde, l'usage simple de produits stupéfiants sans revente, au détriment de la recherche et de l'interpellation des auteurs d'usage-revente et indirectement du démantèlement des réseaux de trafiquants »¹⁶.

Réponse pénale de plus en plus systématique

L'essor des interpellations pour usage simple s'est accompagné d'une systématisation et d'une diversification des réponses pénales. Face à la massification des affaires transmises aux parquets depuis les années 1990, les magistrats ont développé le recours aux alter-

natives aux poursuites¹⁷ (dites mesures de la « troisième voie »), qui permettent d'offrir une réponse sans pour autant engorger les tribunaux. Celles-ci permettent de limiter les classements sans suite et donc d'augmenter le taux de réponse pénale sans pour autant multiplier les poursuites.

En 2014, sur le plan national, les juridictions ont traité plus de 100 000 affaires d'usage de stupéfiants, soit deux tiers du volume annuel d'interpellations en matière d'ILS, ce qui témoigne de la forte sollicitation des parquets dans les affaires mettant en cause des usagers de stupéfiants. Dans la région parisienne, qui concentre un quart du contentieux national, les données disponibles depuis 15 ans confirment la forte augmentation du volume d'affaires d'usage de stupéfiants traitées par les parquets, qui a plus que doublé, passant d'environ 10 000 affaires au début des années 2000 à près de 25 000 aujourd'hui, à l'image du flux des procédures transmises au parquet par la police et la gendarmerie (+120 % de procès verbaux reçus). Dans le même temps, le taux de classements sans suite a drastiquement chuté (de 21 à 3 %), si bien que le taux de réponse pénale¹⁸ s'est hissé de 79 à 97 % en à peine plus de dix ans (Fig. 2). Rares jusqu'à la fin des années 1990, les alternatives aux poursuites ont franchi le seuil symbolique des 50 % jusqu'à représenter aujourd'hui trois quarts des orientations pénales prononcées.

Le recours accru aux alternatives aux poursuites a donc contribué au processus de pénalisation de l'usage, qui est redoublé par un regain des poursuites pénales¹⁹ : celles-ci représentent aujourd'hui un quart des affaires traitées, soit 11 points de plus qu'en 2005⁴.

Vers un effacement des mesures alternatives à dimension sanitaire ?

La structure des alternatives aux poursuites prononcées à l'encontre des usagers de stupéfiants a elle aussi connu des changements. On observe, d'une part, un retour en force des rappels à la loi (qui peuvent prendre la forme d'un courrier d'avertissement ou d'admonestation ou d'une convocation judiciaire par le parquet ou le délégué du procureur de la République), en recul pendant la décennie 2000 mais en plein renouveau depuis 2010, atteignant un niveau inégalé (83 %) ; d'autre part, une progression des alternatives à composante sanitaire jusqu'à un pic de 23 % en 2005 puis un net effacement dans la période récente, qui les ramène au

niveau le plus bas enregistré depuis 15 ans (12 % d'injonctions thérapeutiques et orientations socio-sanitaires). L'essor des alternatives à composante sanitaire pendant la décennie 2000 connaît donc un essoufflement, qui s'explique notamment par le net déclin des injonctions thérapeutiques (divisées par deux en dix ans), atteignant aujourd'hui un plancher (6 % des mesures alternatives). À la faveur de la création des consultations jeunes consommateurs (CJC), les orientations socio-sanitaires ont connu une progression à partir de 2004 mais elles enregistrent un tassement dans la période récente. Ce constat est corroboré par les enquêtes menées auprès des professionnels de CJC qui montrent que la part du public adressé par la justice diminue²⁰. En outre, ce public de justiciables accueilli en CJC comprend toujours majoritairement des jeunes majeurs (18-25 ans), de sexe masculin, faiblement diplômés et en situation de chômage ou d'insertion. Par rapport aux autres consultants, venus spontanément ou adressés par la famille, le milieu scolaire ou médical, les personnes sous-main de justice sont plus souvent des usagers de cannabis occasionnels mais fortement visibles dans l'espace public²¹.

Taux de condamnation pour usage en hausse constante

En 2014, les ILS représentent 11 % des condamnations prononcées pour un délit²², niveau record, deux fois plus élevé qu'en 1996 (6 %)²³. Selon la nomenclature du ministère de la Justice, les délits liés aux stupéfiants faisant l'objet d'une condamnation se répartissent entre une majorité d'infractions d'usage (60 %) et de détention-acquisition (22 %), loin devant les autres (commerce-transport, offre et cession, trafic import-export ou autres). Logiquement, compte tenu de la hausse des interpellations pour usage, la part de l'usage dans les condamnations a doublé depuis 1996, passant de 28 à 60 % aujourd'hui. Le nombre de condamnations pour usage en infraction unique plafonne : il est presque neuf fois plus élevé qu'en 1996 (26 372 en 2014, contre 2 979 en 1996). Cette montée en charge des condamnations pour usage a connu des accélérations, notamment depuis dix ans (Fig. 3). Si les condamnations ont progressé moins vite que les interpellations, elles ont tout de même été multipliées par quatre (versus sept), ce qui participe du mouvement de pénalisation des usagers.

Recentrage des peines sur les alternatives à la prison, surtout à dimension financière

La structure des condamnations pour usage s'est elle aussi transformée. Alors qu'elle était centrée sur des peines d'emprisonnement en 1996, la nature des

¹⁵ Mouhanna C, Matelly JH. *Police : des chiffres et des doutes*. Paris : Michalon ; 2007.

¹⁶ Cour des comptes, *L'organisation et la gestion des forces de sécurité publique. Rapport public thématique publié le 7 juillet 2011*.

¹⁷ Classement avec orientation socio-sanitaire, rappel à la loi, injonction thérapeutique, etc.

¹⁸ Le taux de réponse pénale mesure la part des « affaires poursuivables » (celles dont les procès verbaux contiennent des charges et des preuves suffisantes pour pouvoir poursuivre un auteur clairement identifié), c'est-à-dire ayant fait l'objet soit d'une poursuite, soit d'une mesure alternative, dite « de la troisième voie ». Elle additionne donc les poursuites et les alternatives aux poursuites.

¹⁹ Les poursuites pénales amènent le prévenu devant le tribunal correctionnel s'il est majeur (en général par citation directe), ou plus rarement devant le juge d'instruction ou le juge des enfants s'il est mineur.

²⁰ Protals C, Diaz Gomez C, Spilka S, Obradovic I. *Évolution du public des CJC (2014-2015). Tendances mars 2016* ; 107.

²¹ Obradovic I. *Dix ans d'activité des consultations jeunes consommateurs. Tendances 2015* ; 101. OFDT.

²² 58 393 condamnations judiciaires prononcées pour ILS à titre principal.

²³ Timbart O, Busch F. *Les condamnations. Année 2014, ministère de la Justice, SDSED, 2015*.



condamnations s'est étoffée et diversifiée. Les peines d'amende et les mesures de substitution (comme les jours-amendes²⁴ ou le travail d'intérêt général) se sont imposées comme la réponse dominante des tribunaux à l'usage de stupéfiants, représentant les trois quarts des sanctions prononcées pour usage illicite (Fig. 2).

La part des amendes a plus que doublé depuis dix ans, même si leur montant moyen a baissé de plus de 20 %

(environ 316 euros aujourd'hui). Cette croissance s'explique par la transformation des voies procédurales de traitement de l'usage de stupéfiants depuis la loi du 5 mars 2007, qui ouvre la possibilité de recourir à l'ordonnance pénale²⁵ pour les simples usagers (qui comprend le plus souvent une peine d'amende).

Participant de ce mouvement de recul des peines d'emprisonnement, les compositions pénales²⁶ ont connu une hausse très rapide (passant de 23 mesures en 2004 à plus de 8 549 aujourd'hui). Prenant d'abord majoritairement la forme de peines d'amende, elles se sont recentrées sur les peines de substitution, en milieu ouvert, tournées vers la réinsertion et le service à la collectivité, à l'instar du stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants²⁷ qui peut être prononcé comme peine complémentaire depuis 2007 (près de 3 000 stages prononcés en 2013).

Comparativement, la part des peines d'emprisonnement ferme est restée assez stable, ne dépassant pas 3 500 condamnations par an. Chaque année, on compte environ 1 200 condamnations d'emprisonnement ferme pour usage seul (en infraction unique, tous produits confondus), sachant que le quantum moyen ferme (en mois) pour une seule infraction d'usage est aujourd'hui de moins de deux mois (contre 2,7 mois en 1996). Les tribunaux sont plus sévères lorsque la condamnation sanctionne plusieurs infractions, or le contentieux des stupéfiants se caractérise par la fréquence des infractions multiples et imbriquées : l'aggravation des peines en cas d'infractions multiples se traduit par l'allongement de la durée d'emprisonnement dont la durée moyenne passe de 1,9 à 7,5 mois pour l'usage selon que la condamnation vise une seule ou plusieurs infractions. Soulignons que l'exécution d'une peine d'emprisonnement ferme est susceptible d'aménagements (en lien avec le juge d'application des peines) : elle peut, par exemple, être

convertie en travail d'intérêt général (TIG) ou transformée en libération conditionnelle, en placement à l'extérieur ou en mesure de semi-liberté (avec, le cas échéant, une obligation de soins). La totalité de ces condamnations ne se traduit donc pas par une peine d'enfermement effective. Une étude menée sur 30 tribunaux correctionnels a en effet montré que, 18 mois après le prononcé d'une peine d'emprisonnement ferme, moins de 55 % avaient donné lieu à une détention effective : les peines supérieures à un an ont davantage de probabilité d'être exécutées que celles de moins de trois mois (86 versus 53 %)²⁸. Il est estimé aujourd'hui qu'une peine d'emprisonnement sur cinq et un TIG sur dix ne sont pas exécutés près de trois ans après leur prononcé, du fait de l'insuffisance des moyens alloués à la justice pénale²⁹ et de la multiplication des décisions à exécuter créée par le développement des modes simplifiés et automatisés de jugement. Quelle que soit la suite judiciaire, ces mises en cause entraînent une inscription dans un fichier de police et constituent dès lors un antécédent policier susceptible de se traduire d'une part, par une « clientélisation » de certains usagers et d'autre part, par un risque de conséquences judiciaires accrues lors d'une prochaine interpellation.

La problématique de la récidive constitue, à cet égard, un des ressorts de l'inflation pénale. Si le contentieux de l'usage se développe en partie du fait de la multiplication des contrôles et des interpellations, il croît aussi mécaniquement avec l'augmentation de la récidive résultant de l'intensification de la répression de l'usage. L'infraction d'usage de stupéfiants se distingue en effet par un des taux de récidive les plus élevés, tous délits confondus. Une étude récente a, en outre, montré que, au sein d'une population de condamnés, la récidive à l'identique domine nettement en matière d'usage de stupéfiants (46 %) : elle est d'autant plus fréquente que le condamné était jeune au moment de la première condamnation³⁰.

Vers une stabilisation de la durée moyenne d'incarcération ?

La nature du contentieux influe évidemment sur la durée d'emprisonnement. Pour l'ensemble des ILS, la durée moyenne des peines d'emprisonnement (dans leur partie ferme) avoisine 13 mois mais elle varie selon le type d'infraction (cinq mois pour l'usage, deux fois plus pour la détention). Les tribunaux sont plus sévères quand la condamnation sanctionne plusieurs infractions, or le contentieux des stupéfiants est caractérisé par des infractions multiples et imbriquées : l'aggravation des peines se traduit alors par l'allongement de la durée d'emprisonnement, de quatre à cinq mois en moyenne lorsque l'usage est associé à d'autres infractions.

²⁴ Une personne condamnée à n jours-amendes à x euros doit verser $n \times x$ euros à une date fixée. Pour chaque tranche de x euros manquant, elle effectue un jour de prison. Par exemple, une personne condamnée à 50 jours-amendes à 8 euros dispose de 50 jours pour réunir la somme de 400 euros. À l'issue de ce délai, l'entière somme est exigible par le Trésor public. Si le condamné ne paie que 392 euros, il effectue un jour de prison. S'il ne paie rien, il effectue 50 jours de prison. S'il ne paie que 200 euros (la moitié de l'amende), il effectue 25 jours de prison (la moitié de l'emprisonnement). La peine de jour-amende ne peut être infligée à un mineur.

²⁵ L'ordonnance pénale est une procédure de jugement simplifiée et rapide, rendue par une juridiction pénale. Elle a été introduite par la loi du 3 janvier 1972 pour « absorber » le contentieux de masse lié à la délinquance routière (contraventions). La loi du 9 septembre 2002 sur l'orientation et la programmation de la justice a élargi son champ d'utilisation en y incluant les délits. Une ordonnance pénale est rendue dans le cadre de poursuites judiciaires, sans débat contradictoire préalable.

²⁶ La composition pénale a été introduite par la loi du 23 juin 1999 afin d'apporter une réponse systématique aux actes de petite et moyenne délinquance auparavant classés sans suite. Dans ce cadre, le procureur de la République propose diverses mesures devant être exécutées par la personne mise en cause : amende, injonction thérapeutique mais aussi de nouvelles mesures comme le stage de sensibilisation (voir réf 7), etc. Depuis la loi du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance, la composition pénale a été étendue aux mineurs (à partir de 13 ans). Bien que décidée par le parquet, la composition pénale est inscrite au casier judiciaire.

²⁷ Le stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants, destiné aux consommateurs occasionnels et non dépendants, a été créé par la loi du 5 mars 2007 pour traiter le contentieux d'usage par un mode procédural simplifié et accéléré. Cette sanction pécuniaire, qui se veut aussi pédagogique, a pour objet de « faire prendre conscience au condamné des conséquences dommageables pour la santé humaine et pour la société de l'usage de tels produits » (décret d'application du 26 septembre 2007).

²⁸ Torterat I, Timbart O. L'exécution des peines d'emprisonnement ferme. Paris : ministère de la Justice. Injstat Justice 2005 ; 83.

²⁹ Warsmann JL. Rapport sur les peines alternatives à la détention, les modalités d'exécution des courtes peines et la préparation des détenus à la sortie de prison. Commission des lois de l'Assemblée nationale, 2003.

³⁰ Josnin R. Une approche statistique de la récidive des personnes condamnées. Ministère de la Justice, SDSSED, 2014.

Figure 1. Évolution des personnes interpellées pour ILS en métropole et dans les DOM-COM, par catégorie (personnes mises en cause par la police ou la gendarmerie)

Source : État 4001 annuel, DCPJ (police + gendarmerie)

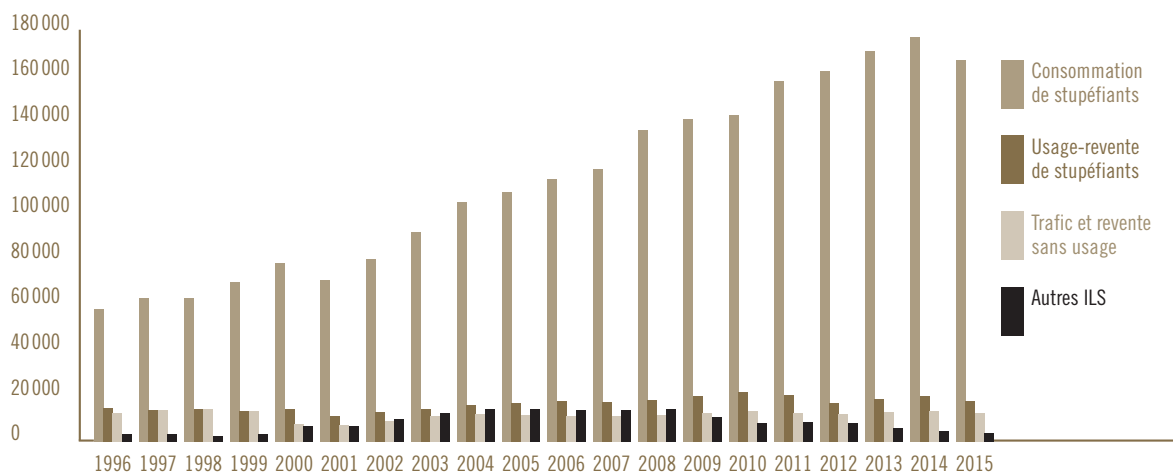


Figure 2. Évolution de la réponse pénale des parquets aux affaires d'usage de stupéfiants

Source : ministère de la Justice, données pour les sept juridictions de la région Île-de-France

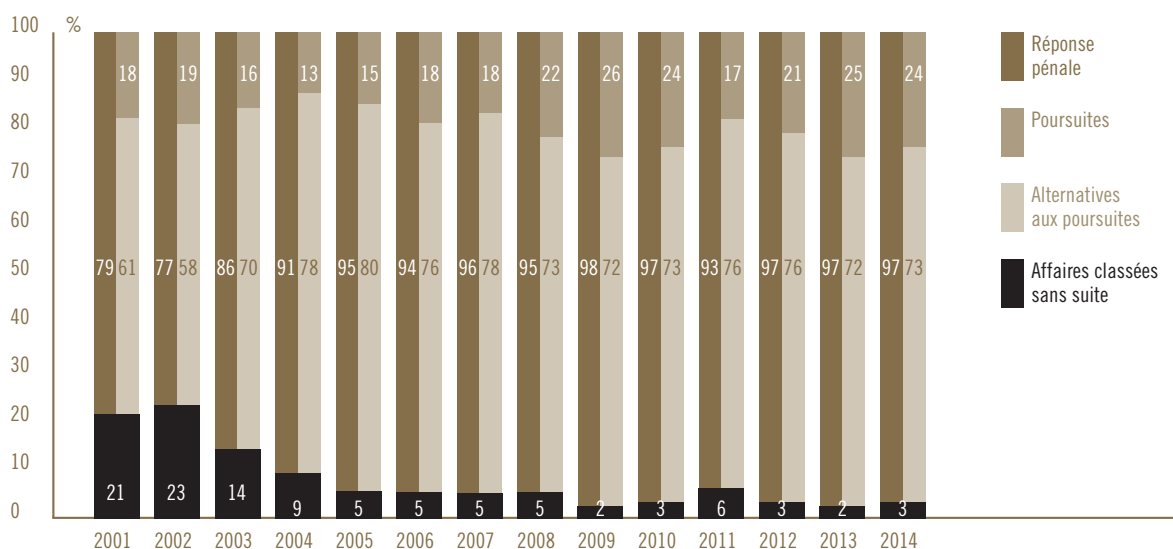


Figure 3. Évolution des condamnations judiciaires prononcées pour usage de stupéfiants (infraction unique ou non) (champ : France entière)

Source : Casier judiciaire national, ministère de la Justice

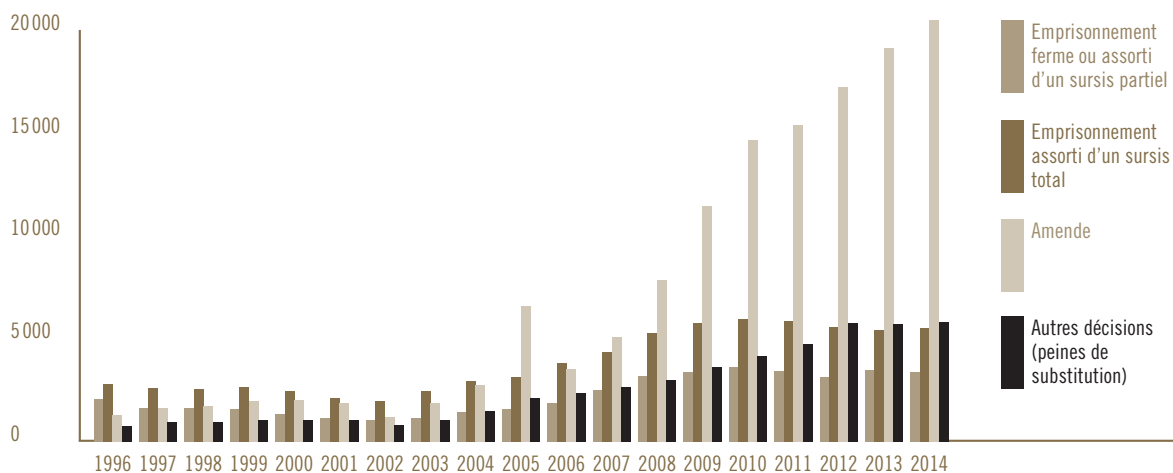
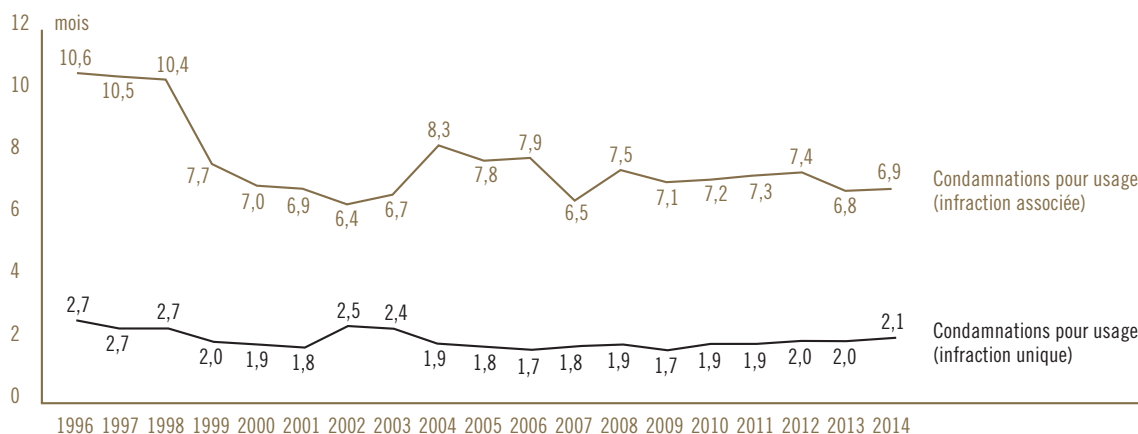


Figure 4. Évolution du quantum moyen ferme (en mois) des peines privatives de liberté prononcées pour usage illicite (infraction unique ou associée à d'autres)

Source : casier judiciaire national, ministère de la Justice



La durée moyenne (ferme) des peines d'emprisonnement prononcées pour usage a baissé depuis 1996 et reste stable depuis la fin des années 2000 (Fig. 4). La période de plus forte diminution se situe entre la fin des années 1980 jusqu'au début des années 2000, période au cours de laquelle la proportion des condamnations pour usage simple a nettement augmenté.

Conclusion

De 1996 à 2016, dans le contexte général d'une accélération et d'une systématisation de la réponse pénale aux contentieux de masse^{31,32} la « pénalisation » de l'usage de stupéfiants n'a cessé de progresser⁴. À la hausse persistante des interpellations de consommateurs (principalement de cannabis) font écho des sanctions pénales de plus en plus systématiques, souvent appliquées dans le cadre de procédures rapides et simplifiées.

Cependant, cette pénalisation ne se traduit pas par une hausse des peines de prison. Bien au contraire : la palette des réponses pénales à ce contentieux s'est élargie et comprend la plupart du temps des sanctions prononcées par les parquets, en amont des tribunaux, à l'image du stage de sensibilisation, créé en 2007 pour simplifier le traitement de ce contentieux³³.

La réponse pénale prend donc le plus souvent la forme de mesures alternatives aux poursuites : rappel à la loi mais aussi mesures sanitaires qui, lorsqu'elles sont bien respectées, aboutissent à l'extinction de l'action publique. Il faut toutefois noter le relatif effacement des mesures à caractère sanitaire dans la période récente, notamment les injonctions thérapeutiques, qui interroge la capacité du

système judiciaire à orienter les usagers vers les dispositifs de prise en charge, notamment les CJC²¹.

À l'image des sanctions prescrites par les parquets, au commencement de la chaîne pénale, celles qui sont prononcées dans les cas où l'usage est jugé suffisamment grave pour motiver des poursuites et une présentation au tribunal sont elles aussi plus nombreuses. En 20 ans, les condamnations pour usage de stupéfiants se sont aussi très largement diversifiées et apparaissent globalement moins tournées vers la privation de liberté (rare pour des faits de simple consommation), au profit d'une montée en puissance des sanctions financières. L'usage de stupéfiants est, ainsi, de plus en plus massivement traité par des peines d'amende.

Moins centrées sur l'enfermement, les sanctions ont, en somme, été systématisées pour le consommateur qui évite toute circonstance aggravante et rehaussées pour les personnes dont l'usage est associé à d'autres infractions. Le recours à la transaction pénale (Seine-Saint-Denis)³⁴ pour traiter l'usage de cannabis, pourrait bien, si les forces de l'ordre s'emparent de ce nouvel instrument, renforcer le caractère systématique de la réponse à l'usage de stupéfiants dans les années à venir.

³¹ Bastard B, Mouhanna C. *L'avenir du juge des enfants*. Éres; 2010.

³² Gautron V, Retière JN. *Le traitement pénal aujourd'hui : juger ou gérer ? Droit et Société* 2014; 88: 579-90.

³³ Obradovic I. *Les stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants*, Tendances 2012; 81. OFDT.

³⁴ En permettant aux officiers de police judiciaire de proposer aux usagers de stupéfiants une « transaction pénale » (avec l'autorisation du procureur de la République), consistant dans le paiement immédiat d'une amende, le décret du 13 octobre 2015 vise à désengorger les tribunaux des « petits » délits, passibles de peines d'emprisonnement d'un an maximum. Inspirée de la pratique des douaniers dans certaines zones, notamment en Seine-Saint-Denis, la transaction éteint l'action pénale et n'est pas inscrite au casier judiciaire.

Traitement de l'addiction, succès et challenges

Jean-Pierre Daulouède / Psychiatre addictologue, centre Bizia Bayonne, directeur des colloques ATHS-Biarritz

À Paris, se sont tenues les 18 et 19 novembre 2016 les journées « Controverses, consensus et perspectives sur 20 ans de traitement de l'addiction aux opioïdes ». Pour prendre toute la mesure de l'exception française en matière de traitements pharmacologiques de l'addiction aux opiacés (en France, méthadone et buprénorphine) ou french paradox, Jean-Pierre Daulouède nous invite à revenir 20 ans en arrière.

Exception française ou *french paradox*

Avant 1994-1996, en France, l'addiction aux opiacés est une réalité épidémiologique alarmante : plus de 160 000 usagers concernés, et plus de 20 000 nouveaux cas recensés chaque année. Se surajoute à ce contexte, l'explosion des épidémies de sida et d'hépatites parmi les usagers de drogues par voie intraveineuse qui aggrave lourdement le problème de santé publique de la toxicomanie. En effet, les pratiques à risque sont fréquentes chez les usagers avec 13 % partageant leur seringue et 54 à 70 % leur produit et leur matériel d'injection (cuillère, coton, citron, eau)¹.

Les conséquences sont gravissimes et les risques majeurs pour la santé. En 1994, un pic de 557 décès par overdose est atteint. Chez les usagers, on estime alors le risque de décès multiplié par 13^{1,2}. Les pratiques à risques alimentent les épidémies d'hépatite et du VIH. Au-delà de la morbi-mortalité, les dommages psychosociaux sont alarmants et les conséquences pénales fréquentes sinon la règle...^{1,3}.

En France, dès la fin des années 1980, apparaissent de nombreuses polémiques mais aussi des oppositions parfois virulentes, tant de la

part des soignants tenants de l'abstinence, que d'une partie de la société scandalisée que l'on puisse « donner de la drogue aux drogués », et cela en dépit de tous les efforts déployés par Bernard Kouchner et ses amis de Médecins du Monde (juin 1992, réunion sur la place des traitements de substitution au ministère de la Santé – mars 1993, colloque Triville Paris, Londres, New York). Ces blocages retardent la mise en place des traitements par méthadone. Cependant, des expériences sporadiques, principalement par la prescription de Temgésic® (buprénorphine à 0,2 mg) étaient malgré tout menées par quelques pionniers : des médecins généralistes comme le regretté Dr Jean Carpentier, mais aussi des équipes addictologiques, ainsi que notre groupe Bordeaux-Bayonne dirigé par le Pr Jean Tignol, lequel, en 1992, a présenté au College on Problems of Drug Dependence (CPDD) des résultats d'une cohorte de patients pris en charge fin des années 1980 par laudanum ou buprénorphine en cabinets de psychiatrie de ville⁴. Puis en 1994, les premiers centres prescrivant la méthadone ouvrent sous l'impulsion de Simone Veil. La prescription des traitements pharmacologiques sera élargie l'année suivante par l'arrivée sur le marché de la buprénorphine haut dosage (BHD) délivrée à partir de 1996 par les pharmacies de ville⁵ (Fig. 1).

¹ OFDT. Rapport national annuel sur la situation de la drogue en Europe. France. 1996. Mars 1997.

² Polomeni P, Schwan R. Management of opioid addiction with buprenorphine: French history and current management. *Int J Gen Med* 2014; 7: 143-8.

³ Ministère des Affaires sociales et de la Santé. La réduction des risques et des dommages chez les usagers de drogues. 5 janvier 2016.

⁴ Auriacombe M, Grabot D, Daulouède JP, Vergnolle JP, O'Brien CP, Tignol J. Alternatives to methadone maintenance: laudanum, buprenorphine. *CPDD* 1992.



En 20 ans, l'impact positif des traitements pharmacologiques de substitution pour l'addiction aux opioïdes (TSO) est incontestable

En 20 ans, les traitements pharmacologiques de l'addiction aux opioïdes ont permis de diminuer les comportements à risques, avec six fois moins de patients injecteurs, une baisse des pratiques d'injection, une réduction des transmissions virales et de la consommation d'autres drogues. En effet, près de huit patients sur dix apprécient que le TSO « supprime » l'envie de consommer d'autres substances⁵⁻⁸ (Fig. 2). Les conditions de vie des patients sous TSO sont nettement améliorées, tout comme la situation sociale et la qualité de vie. En effet, trois patients sur quatre estiment « s'en être sortis ».

On a pu également observer une inversion de la morbi-mortalité. Ainsi constate-t-on cinq fois moins de décès par overdose et une réduction significative des hospitalisations. En 20 ans, ce sont des milliers de vies qui sont sauvées⁵⁻⁷.

Le « french paradox », c'est tout d'abord une prescription et une délivrance des TSO majoritairement en ville. En effet, plus de 7 patients sur 10 sont suivis en ville alors que 1 patient sur 10 est pris en charge exclusivement en structure spécialisée^{7,9}. Mais, c'est aussi un accès aisé de la buprénorphine en ville, seul TSO dont l'initiation est possible par tout médecin^{7,10}. Ainsi, depuis l'arrivée des TSO, la buprénorphine est la molécule la plus prescrite en France, largement devant la méthadone, qui se distingue par un cadre de prescription strict : en effet, l'initiation de cette dernière étant réservée aux médecins exerçant dans des structures spécialisées comme les CSAPA ou les unités hospitalières, qu'elles soient d'addictologie ou autres⁷. Cependant, aujourd'hui l'écart de prescription entre les deux types de traitements tend à se réduire avec un triplement des prescriptions de la méthadone¹¹ (Fig. 3).

Ce modèle unique a permis un accès large aux soins puisqu'aujourd'hui, environ quatre patients sur cinq reçoivent des TSO. On estime à 170 000 le nombre de patients qui bénéficient du remboursement des TSO⁹. La singularité du modèle français c'est aussi la possibilité de prise en charge globale pluridisciplinaire, à la fois médicale, psychologique, éducative et sociale. Il garantit aussi une plus grande fluidité dans le parcours des usagers, en particulier par le développement des réseaux et des pratiques de

relais entre le milieu spécialisé et la médecine de ville^{6,7}. Cette réussite française repose également sur une politique de réduction des risques et des dommages (RdRD) mise en œuvre par les CAARUD et les CSAPA visant à un maillage territorial optimal, ainsi par la mise à disposition d'outils divers de RdRD (tels matériel stérile, préservatifs, etc.) et par la mise en œuvre récente d'expérimentation de salles de consommation à moindre risque. Enfin, le rôle d'associations militantes et engagées, dont celles portées par les usagers, dans de nombreuses actions de RdRD, doit être souligné.

Malgré ce constat très positif, la prise en charge est encore loin d'être parfaite et demeure perfectible. En 2014, en France, le nombre de décès par overdose est stable et bien plus bas que dans les grands pays européens voisins avec par exemple quatre à cinq fois moins de décès qu'au Royaume-Uni et six à sept fois moins de décès qu'en Allemagne^{12,13}. Cependant, d'après les derniers résultats de l'enquête DRAMES, publiée par l'ANSM et le Centre d'Évaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance, même si le nombre de cas d'overdoses diminue légèrement, on constate en France une augmentation de la part des décès liés à l'héroïne et la méthadone, notamment entre 2013 et 2014¹²⁻¹⁴. Ces chiffres sont sous-estimés de l'avis de certains auteurs (OFDT, 2007)¹² (Fig. 4).

Les facteurs de la rechute

Au-delà des symptômes de sevrage, le *craving* doit faire l'objet d'une attention particulière et être soigneusement pris en charge car il participe à la rechute des patients ou au mésusage¹⁴. La recherche d'une posologie adéquate de TSO est un des éléments majeurs participant à la réduction ou à la suppression du *craving*, facteur essentiel de réussite dans la prise en charge de l'addiction aux opioïdes^{6,14,15}. Il est important de savoir reconnaître les signes d'un sous-dosage (*craving*, sensation de manque mais aussi adynamie, irritabilité, troubles du sommeil, etc.)^{6,16}. La prise en charge du patient doit lui permettre de prendre conscience des circonstances de survenue du *craving* et des différents moyens de le contrôler de façon à anticiper la rechute^{6,17}.

À cette étape du traitement, la dimension psychothérapique (thérapie cognitive et comportementale de prévention de la rechute, *counseling*, entretiens motivationnels, etc.), souvent insuffisamment explorée, revêt un rôle majeur (Fig. 5).

Quelles perspectives pour l'avenir ?

L'ANSM a identifié des limites et des points de perfectionnement à ce modèle français avec l'accès au soin, encore

⁵ Inserm. Expertise collective. Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues. 2010.

⁶ ANAES, FFA. Conférence de consensus. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution. 23 et 24 juin 2004. Lyon (École normale supérieure).

⁷ OFDT, ANSM, Bricasier AC, Collin C. Les traitements de substitution aux opiacés en France : données récentes. Octobre 2014.

⁸ OFDT. Évolution du nombre de nouveaux cas de sida liés à l'usage de drogues par voie injectable depuis 1995. Disponible sur www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/evolution-du-nombre-de-nouveaux-cas-de-sida-lies-l-usage-de-drogues

⁹ Performance France. Analyse des données GERS. Février 2016.

¹⁰ OFDT, EMCDDA. Prise en charge et offre de soins. France. Rapport national 2015 (données 2014). 2015.

¹¹ SIAMOIS InVS, Medic'AM (CNAM-TS) 2014.

¹² BEH, InVS. Richard N et al. Encadré 2 - DRAMES (Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances) : outil d'identification des décès liés à la drogue en France. Numéro thématique - Médecine légale et santé publique : quelques éléments d'illustration. n° 40-41. 26 octobre 2010. pp 416.

¹³ ANSM. Commission des stupéfiants et psychotropes. Séance du 14 avril 2016. Retour sur la séance du 14 avril 2016 de la Commission des stupéfiants et psychotropes.

¹⁴ Auriacombe M, et al. Le craving : marqueur diagnostique et pronostique des addictions ? Traité d'addictologie 2016. 2^e édition. Paris : Lavoisier Médecine Sciences, p.78-83.

¹⁵ Reisinger M. Buprenorphine as new treatment for heroin dependence. Drug and Alcohol Dependence 1985; 16 : 257-62.

¹⁶ AFSSAPS. Initiation et suivi du traitement substitutif de la pharmacodépendance majeure aux opiacés par buprénorphine haut dosage. Mise au point. 2011.

¹⁷ Auriacombe M, Daulouède JP. Comment s'insèrent ces traitements dans les finalités générales des soins aux personnes toxicomanes ? Alcoolologie et Addictologie 2004; 26 (4) : 138-68.

Figure 1. Surdoses mortelles par usage de stupéfiants et médicaments opiacés en France (1985-2013). Source : CépiDc, Inserm

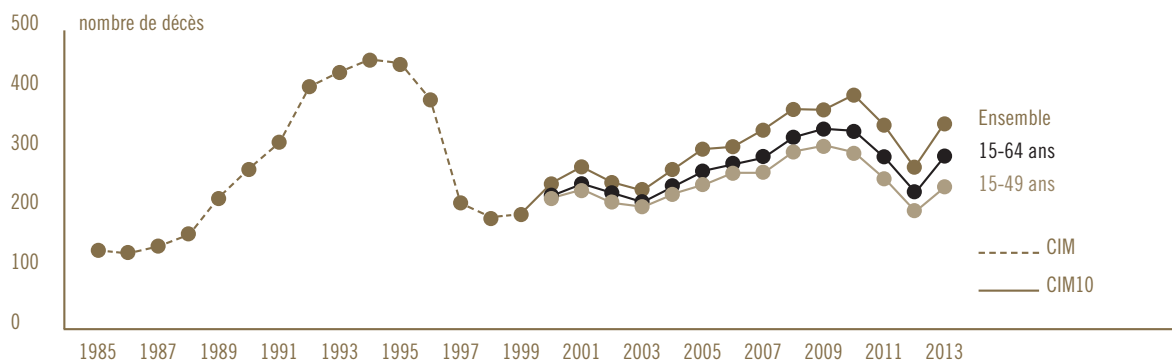


Figure 2. Système de surveillance du sida (d'après⁸). Données au 31/12/2014 corrigées pour les délais de déclaration, la sous-déclaration. Source : Système de surveillance du sida en France, Santé Publique France

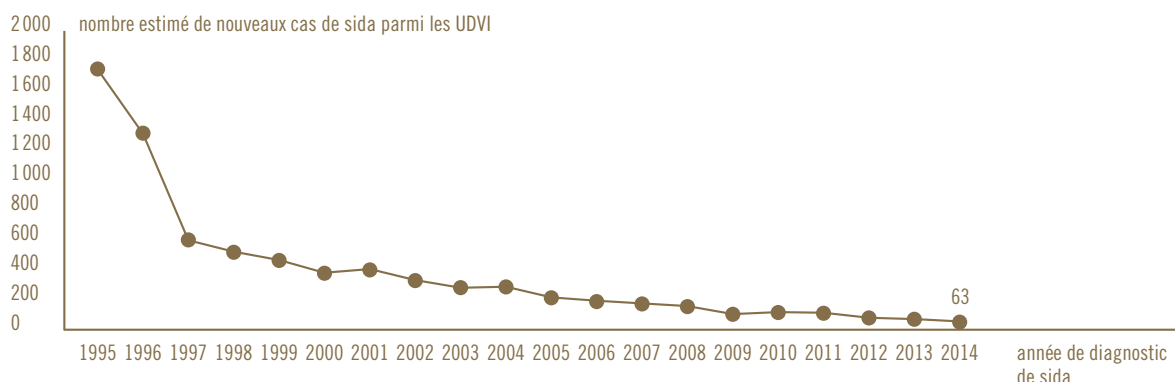


Figure 3. SIAMOIS, InVS, Medic'AM (CNAM-TS)¹¹

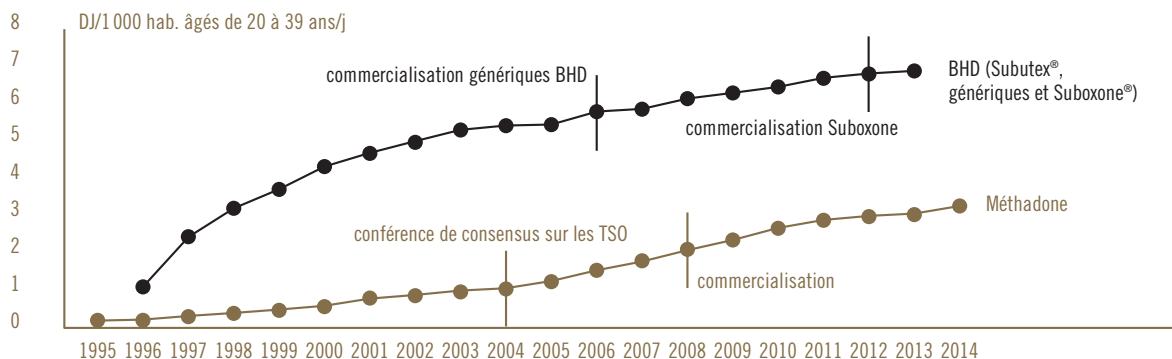


Figure 4. Proportion de décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances liés à la buprénorphine, à l'héroïne et à la méthadone (108 décès liés à la méthadone en 2014 et 112 en 2013; 28 décès liés à la buprénorphine en 2014 et 45 en 2013)^{12,13}

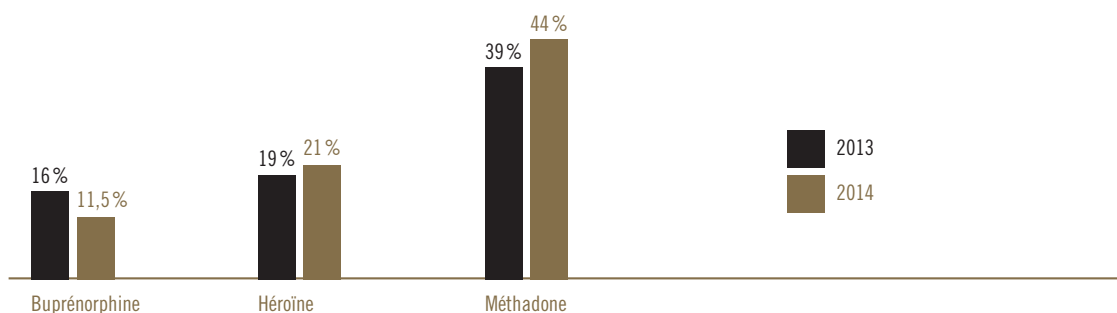
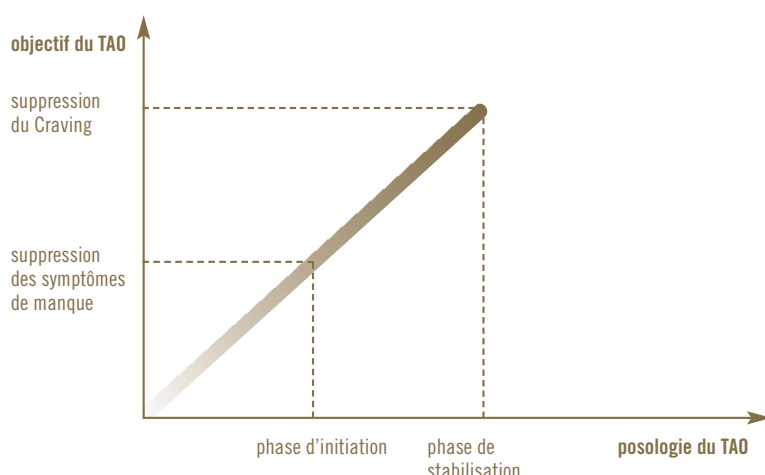




Figure 5. Objectif et posologie du TAO



trop hétérogène et inégalitaire (notamment dans le milieu carcéral), le maintien des consommations parallèles avec principalement l'alcool, les benzodiazépines et la cocaïne, et la persistance de la stigmatisation de l'addiction et de la souffrance psychologique chez les usagers⁶.

Les patients entrant dans un protocole de soin ont des attentes fortes vis-à-vis des TSO et expriment des besoins précis : ils souhaitent améliorer leur état de santé et leur qualité de vie, s'éloigner du monde de la drogue et avoir la possibilité de trouver ou retrouver une meilleure insertion familiale, professionnelle et sociale.

De ce fait, des experts européens ont publié récemment un consensus pour redéfinir des objectifs thérapeutiques pour une nouvelle approche holistique de la prise en charge de l'addiction aux opioïdes : mortalité, RdR, insertion professionnelle, objectifs individuels¹⁸.

Face à ces enjeux et perspectives d'avenir, on peut envisager de répondre aux objectifs suivants :

- **accompagner** par des outils nouveaux, tant au niveau thérapeutique que de la réduction des risques, les usagers encore éloignés du parcours de soin ;
- **sécuriser** la prise en charge thérapeutique en étant particulièrement attentif à développer la prévention et l'accès au traitement de l'overdose aux opiacés ;
- **promouvoir** le bon usage des traitements pharmacologiques de l'addiction aux opioïdes et réduire les comportements à risque, notamment par l'éducation thérapeutique ;
- **prendre en charge** les comorbidités aussi bien somatiques que psychiatriques qui requièrent une attention particulière ;
- **renforcer** la liaison entre les différents acteurs du soin, en particulier ville/CSAPA/hôpital/prison ;
- **garantir** et favoriser l'accès aux soins pour les plus démunis et précarisés ;

- **améliorer** la formation des professionnels de santé, et plus spécifiquement celle des jeunes praticiens ;
- **repérer** les nouvelles conduites addictives (médicaments analgésiques opioïdes, psychostimulants, drogues de synthèse, etc.) ;
- **encourager et soutenir** la recherche afin de disposer de nouvelles alternatives thérapeutiques.

Le « french paradox » de la prise en charge de l'addiction aux opioïdes peut se résumer à un accès aux traitements pharmacologiques de l'addiction aux opioïdes relativement peu contrôlé, prescrits par des médecins de ville qui étaient au départ peu ou pas expérimentés, mais qui a pu permettre **un très large accès aux soins**, lequel a été la condition sine qua non du spectaculaire succès de santé publique que l'on observe aujourd'hui.

Toutes les imperfections de ce dispositif et les nécessaires corrections et améliorations qu'elles imposent devront être très attentives à ne pas compromettre ce bilan exceptionnel et unique parmi les pays européens.

¹⁸ Alho H, et al. Defining a new approach to measuring outcomes in opioid dependence management. *Heroin Addict Relat Clin Probl* 2014; 16: 11-6.

Vingt ans de non loi, ou les ambiguïtés persistantes de la réduction des risques (1996-2016)

Alexandre Marchant / Docteur en histoire de l'ENS de Cachan

La réduction des risques (RdR) ne s'est pas insérée sans heurts dans le paysage thérapeutique français et, réalisée après vingt ans de retard par rapport aux premières initiatives en Europe, aux Pays-Bas ou au Royaume-Uni, la greffe fut plutôt douloureuse. Vingt ans après l'institutionnalisation de la substitution et la mise sur le marché du Subutex® (au 1^{er} janvier 1996), la RdR reste paradoxalement cantonnée dans un statut semi-expérimental que les diverses évolutions législatives depuis n'ont pas vraiment contribué à clarifier.

Un consensus sur la nécessité de la RdR né dans la douleur

Si, en 1987, le décret Barzach libérait la vente de seringues et mettait un coup d'arrêt relatif à la pandémie de sida chez les héroïnomanes, ce n'était que la première étape d'une longue marche d'une RdR acceptée par nécessité sanitaire mais accueillie avec beaucoup de scepticisme par les pouvoirs publics comme par une partie du corps médical. Les programmes d'échanges de seringues (PES), visant à limiter les risques de contamination par le sida ou les hépatites, étaient à peine mis sur les rails qu'un rapport officiel commandé en 1992 par le ministre de l'Intérieur Paul Quilès au préfet et ex-commissaire Robert Broussard, le « tombeur de Mesrine », exprimait publiquement une forte réticence à ces programmes, plaidant pour un encadrement si strict qu'il en était presque dissuasif¹. Et l'on vit ainsi les policiers camper aux abords des pharmacies ou des PES pour se « faire des crânes » et interpellier des usagers porteurs de seringue. En 1993, déplorant une

opération coup de poing de la police dans le quartier de la Goutte d'Or qui s'était soldée par la destruction de l'ensemble des kits de seringue et de prévention distribués la veille par le bus Médecins du Monde (MdM), le Dr Jean-Pierre Lhomme se lamentait sur ces gestes de violence et de sabotage du travail de prévention mené par MdM qui devenait impossible, il précisait : « l'existence même de ce PES est mis en danger »².

Quand ASUD vit le jour en 1992, l'ambition de créer une réplique des « ligues de junkies » néerlandaises qui existaient depuis deux décennies (comme la MDHG, association amstellodamoise d'usagers d'héroïne fondée en 1977) fut vite douchée : les subventions publiques venant de la Délégation générale de lutte contre la drogue et la toxicomanie (DGLDT) ne seront versées qu'au titre de la mission d'information et de prévention, dans le but de faire reculer l'épidémie de sida³. La prophylaxie du péril infectieux passait avant le projet citoyen – faire accepter l'usager comme citoyen à part entière et plus comme malade – qui était celui des partisans de l'autosupport. La même année, tandis que le congrès mondial sur le sida

¹ Rapport final de la mission Broussard, Archives du ministère de l'Intérieur, CAC 19930395/10.

² Dépêche AFP. MdM s'élève contre les violences policières envers les toxicomanes. 19 janvier 1993.

³ Toufik A. Une première : la place reconnue de l'auto-support des usagers de drogue. Transcriptase 1992 ; 8.

à Amsterdam ouvrait les yeux de nombreux militants français, comme Anne Coppel, un ouvrage *Drogue, le défi hollandais*, écrit par I. Stengers et O. Ralet, entreprit de sensibiliser le milieu thérapeutique français à l'*empowerment* des usagers de drogues, ces derniers devant être considérés comme des partenaires légitimes de la mise en place d'un soin qui les concerne au premier chef⁴. Les partisans de l'approche thérapeutique traditionnelle ne l'entendirent pas de cette oreille et voulurent limiter la publicité de contre-modèle : Ralet étant chargé de recherche aux laboratoires Delagrangé, Olievenstein usa de toute son influence auprès de ses proches pour briser sa carrière, sans toutefois y parvenir⁵.

Quant à l'idée de substitution, seuls quelques médecins généralistes, comme les membres du réseau REPSUD fondé en Île-de-France au début des années 1990, s'étaient aventurés à prescrire des opiacés de synthèse à des patients en grande précarité à qui les idées d'abstinence et de cure par la parole, dominant alors dans le milieu des intervenants en toxicomanie, étaient inaudibles. Les experts tançaient leurs collègues apprentis-sorciers, Nelson Feldman, médecin-psychiatre à Marmottan, lors des journées nationales de l'Association nationale des intervenants en toxicomanie (ANIT) en mai 1990 : « Nombreux sont les toxicomanes qui viennent à Marmottan afin de faire un sevrage de Néocodion®, d'Antalvic®, de Codéthylène, de Temgésic® ou de Palfium®, produits facilement accessibles en pharmacie ou prescrits pendant des mois par des généralistes. L'idée que le traitement du toxicomane ne doit pas reposer sur un produit a toujours été un pilier du travail clinique. Pourquoi le sida doit-il faire tout basculer ? [...] En donnant accès de façon très large aux traitements de maintenance, l'État s'intègre au groupe de distributeurs d'opiacés, il s'érige dans les quartiers en concurrent des dealers d'héroïne »⁶.

Le sida devait pourtant faire changer les choses. Les expériences de terrain et les arguments des réseaux comme le REPSUD ou « Limiter la Casse »

d'Anne Coppel finirent par convaincre. En 1994, l'ANIT reconnut enfin la nécessité de « changer de cap »⁷. Même Claude Olievenstein finit par reconnaître que la prescription de Temgésic® ou d'autres opiacés synthétiques était la « meilleure soupape de sécurité actuelle » pour répondre aux besoins des toxicomanes, les sauver de la rue ou de la prison : on ne pouvait plus « supporter un système où environ 1 800 usagers simples de drogues sont sous les verrous dans les prisons françaises »⁸. Il ne restait plus aux autorités qu'à s'y convertir à leur tour. Un

changement de majorité politique en 1993 en fournit l'occasion. Après les élections législatives qui imposèrent la Cohabitation, un nouveau plan antidrogue fut annoncé par le gouvernement Balladur.

Conversion officielle à la RdR : un changement de paradigme mais pas de loi

À côté de la volonté du ministre de l'Intérieur, Charles Pasqua, d'orienter le débat vers la dépénalisation (mais pour mieux la décrédibiliser), le ministère de la Santé jugea plus utile d'orienter le projet de loi vers l'amélioration du volet sanitaire. La nouvelle ministre, Simone Veil, connaissait bien le dossier, puisqu'elle avait contribué à consolider le secteur spécialisé en toxicomanie sous Giscard d'Estaing 20 ans plus tôt, même si ses interlocuteurs d'alors (Claude Olievenstein, Claude Orsel, Francis Curtet, etc.) campaient désormais dans le camp du conservatisme et de l'hostilité aux nouvelles approches thérapeutiques. Son ministre délégué, Philippe Douste-Blazy, médecin cardiologue de formation, se montra sensible aux arguments des médecins généralistes prescripteurs : il se prononcera même en 1994, lors du premier Sidaction organisé à la télévision, pour une « utilisation raisonnable » de la méthadone.

Les premiers signes du changement ne tardèrent pas à se manifester : par décret du 8 avril 1993, la DGLDT passa de l'autorité du Premier ministre à celle du ministre de la Santé. En février 1994, la ministre décida la formation d'une commission de réflexion présidée par le professeur Roger Henrion. Ce dernier, 68 ans, professeur à la faculté Cochin-Port Royal et membre de l'Académie de médecine, avait été fortement sensibilisé à la problématique des drogues par la prise en charge des femmes enceintes séropositives. Rassemblant quelques spécialistes, il énonça d'emblée des objectifs ambitieux : renforcer la surveillance épidémiologique, développer les centres d'accueil à bas seuil (les « boutiques ») et les PES, aborder de front la question de la substitution. Pendant plusieurs mois, les auditions se succédèrent : médecins, acteurs de terrain, juristes, députés... Le contenu du rapport fut discuté dès avant sa publication officielle en 1995 et les tabous tombèrent d'un coup : l'héroïnomanie lancinante depuis une quinzaine d'années avait bel et bien pris les contours d'une « catastrophe sanitaire et sociale » et il était temps de briser les routines thérapeutiques⁹. Toutefois, la révolution ne se fera qu'à moitié. Certains acteurs associatifs ou humanitaires firent part de leur amertume : MdM, par la voix de Bertrand Lebeau, estimait que les saines recommandations de santé publique étaient entravées par l'absence de propositions pratiques pour résoudre la contradiction entre soins et

⁴ Stengers I, Ralet O. *Drogues, le défi hollandais*. Paris : Delagrangé, 1992.

⁵ Entretien avec Anne Coppel. In : Favereau E. *Nos années Sida, 25 ans de guerres intimes*. Paris : La Découverte, 2006 : 109-22.

⁶ Feldman N. *Réflexions sur les traitements de maintenance aux opiacés. Interventions* (revue de l'ANIT), octobre 1990.

⁷ ANIT. *Pour une politique française de lutte contre les toxicomanies. Changer de cap*. Lyon, ANIT, 1994.

⁸ Le Monde, 7 octobre 1993.

⁹ Henrion R. (dir.) *Rapport de la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie*. Paris : La Documentation française, 1995.



répression posée par la loi de 1970. ASUD regretta également l'absence de remise en question de la loi prohibitionniste, qualifiant même la commission Henrion de « flop » complet¹⁰. Paradoxalement, cette commission était allée trop loin dans d'autres domaines : fin 1994, elle s'était prononcée, par 9 voix contre 8, pour la dépénalisation du cannabis, considérant que « conserver une sanction pénale qui n'est pratiquement pas appliquée déconsidérerait la Justice aux yeux des adolescents »¹¹. Or, le gouvernement Balladur désavoua immédiatement le professeur, affectant ainsi l'autorité du rapport.

On ne touchera donc pas à la loi, à sa force symbolique et à ses principales dispositions. Ce fut par la petite porte des décrets et de la réglementation que les autorités débloquent les réticences sur la substitution et la RdR. En octobre 1994, le ministère de la Santé força les professionnels, les instances ordinales et les milieux universitaires de médecins et de pharmaciens à se prononcer clairement sur les produits de substitution à l'occasion d'une conférence interuniversitaire organisée à la faculté de pharmacie de Châtenay-Malabry. Au lendemain de la conférence, Simone Veil est interpellée lors de sa visite à l'hôpital Laennec de Paris, on lui reprochait de ne donner la priorité qu'à la méthadone alors que les hôpitaux réclament des crédits supplémentaires pour d'autres missions, elle répondit : « La méthadone n'est pas une priorité mais tous les morts se valent. Les toxicomanes ne sont pas des parias. Je ne trie pas les vies à sauver entre les bonnes et les mauvaises. Si nous ne faisons rien, on va nous rendre responsables de la mort des toxicomanes. Nous voulons sortir de cette situation unique au monde »¹².

Dès mars 1994, en même temps que le lancement de la commission Henrion, un nouveau protocole méthadone avait été adopté, parallèlement à la création d'une nouvelle commission consultative des traitements de substitution de la toxicomanie se substituant à l'ancienne commission méthadone de 1972 qui, 22 ans durant, avaient piloté les maigres dispositifs « expérimentaux »,

à Paris, de Fernand Widal, Sainte Anne et, plus récemment, Pierre Nicole. Début 1995, plusieurs circulaires du ministère autorisèrent l'ensemble des 200 centres spécialisés de soins pour toxicomanes (CSST) à prescrire et délivrer de la méthadone sous forme de sirop. La méthadone reçut son autorisation de mise sur le marché (AMM) en mars 1995 et les laboratoires Mayoli-Springer, puis Bouchara-Recordati, se mirent à fabriquer le remède jadis concocté uniquement par la pharmacie centrale des hôpitaux de Paris. Puis vint la

reconnaissance officielle des pratiques des médecins prescripteurs : une circulaire de la Direction générale de la santé (DGS) du 31 mars 1995 définit le cadre réglementaire de la prescription des opiacés de substitution. L'AMM sur le Subutex®, successeur du Temgésic®, entra en vigueur l'année suivante. Dès lors, les médecins généralistes purent prescrire du Subutex® directement accessibles dans les pharmacies. Les laboratoires Schering-Plough, puis Reckitt-Benckiser, tablèrent initialement sur une production d'environ 10 000 boîtes : ils durent vite s'adapter à des chiffres de vente atteignant rapidement les 100 000¹³ ! Les toxicomanes abondaient : la politique de santé publique atteignait son objectif et faisait apparaître ces usagers dont il fallait impérativement s'occuper.

Faut-il aligner la loi sur les nouvelles pratiques thérapeutiques ?

1996 est donc l'année de l'institutionnalisation de la RdR, reposant sur le pilier de la substitution¹⁴. Les intervenants en toxicomanie admirent peu à peu le changement de paradigme. L'ANIT fut rebaptisée au début des années 2000 ANITEA, pour prendre en compte le champ émergent de l'addictologie, puis devint en 2011 la Fédération Addiction après fusion avec une autre association professionnelle, la F3A (Fédération des acteurs de l'alcoologie et de l'addictologie). RdR et Outreach sont désormais les maîtres-mots de son projet associatif¹⁵.

Les résultats parlaient d'eux-mêmes. Le Subutex® était en 2002 au 11^e rang des médicaments remboursés par la Sécurité sociale. La mortalité par overdose diminua drastiquement en très peu de temps. Entre 1996 et 2003, d'après l'économiste Pierre Kopp, la substitution permit « une économie d'un nombre de vies compris entre 2 392 et 4 750, soit une moyenne de 3 481 vies sauvées, pour un coût total de 1,6 milliard d'euros dépensés en traitement, soit un coût par vie sauvée compris entre 336 000 euros et 668 000 euros, ou encore entre 11 200 euros et 22 266 euros par année de vie sauvée avec une espérance de vie de 30 ans après traitement »¹⁶. L'investissement valait le coup. De même, les probabilités de contamination par le sida baissèrent en raison de l'abandon de la pratique de l'injection, la méthadone comme le Subutex® se prenant sous forme orale de comprimés ou de sirop. Enfin, la stabilisation sociale et le suivi thérapeutique offerts aux patients tendaient à les extirper du monde criminel dans lequel ils évoluaient jusqu'alors.

Dans le même temps, les autorités commencèrent à sortir de la rhétorique de la dramatisation qui caractérisait le débat public depuis la fin des années 1960. La mission

¹⁰ Libération. Le monde associatif déçu par le rapport Henrion sur la toxicomanie. 9 février 1995.

¹¹ Impact Médecins, 10 février 1995.

¹² Le Panorama du Médecin, octobre 1994.

¹³ Auge-Caumon MJ, Bloch-Laine JF, Lowenstein W, Morel A. L'accès à la méthadone en France. Paris : La Documentation Française, 2002.

¹⁴ Bergeron H. op. cit., chapitre 4 : 268-76.

¹⁵ Marchant A. La difficile greffe de l'outreach en France. Swaps 2013 ; 2,71 : 9-1.

¹⁶ Kopp P. L'Économie de la drogue. Paris : La Découverte, 2002 : 97-8.

interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), reprenant le flambeau de la DGLDT en 1996, changea sensiblement de discours sous la présidence de Nicole Maestracci de 1998 à 2002. Magistrat, juge d'application des peines en Seine-Saint-Denis dans les années 1990, cette dernière souhaitait poser de nouvelles bases au dialogue toujours difficile entre médecins et magistrats, tout en faisant reposer la politique française de la drogue sur de véritables fondements scientifiques. L'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), fondé en 1995, vit son rôle renforcé avec la construction de nouveaux outils quantitatifs pour évaluer l'ampleur des consommations et l'arrivée de nouveaux produits sur le marché : réseau Trend, projet Sintès... « Connaître, savoir et comprendre » était la formule clef du plan triennal d'actions que la MILDT lança en 1999. Une brochure de vulgarisation à destination du grand public, *Savoir plus, risquer moins*, fut imprimé à cinq millions d'exemplaires et diffusé dans les centres de soins et de documentation publics¹⁷. La réduction des risques devenait ainsi une démarche assumée officiellement.

Il s'agissait désormais de cesser de parler de la toxicomanie comme d'un fléau irrationnel propre à justifier une chasse aux sorcières, mais de montrer plus objectivement l'étendue des pratiques addictives dans la société, si besoin était en établissant un continuum entre les drogues illicites, les drogues licites pharmaceutiques (médicaments détournés) et les « drogues » légales que sont l'alcool et le tabac. Cette volonté transparaissait ainsi dans les conclusions d'un autre rapport important sur la dangerosité des produits. En 1998, Bernard Kouchner, nouveau ministre de la Santé, commandait au professeur Bernard Roques, pharmacologue, un état des lieux de la littérature scientifique sur cette question. Le rapport introduisit de fait une nouvelle classification des produits, se substituant à celle, désormais surannée, sur les effets des drogues, établie jadis par Jean Delay et

Pierre Deniker en 1957. La nouvelle échelle prenait en compte les risques de dépendance physique et psychique, la neurotoxicité et la dangerosité sociale des produits (marginalisation ou tendance à développer des conduites violentes ou à risques). La conclusion sonnait comme un coup de tonnerre : le cannabis serait bien moins dangereux que l'alcool et le tabac¹⁸.

La frontière entre substances licites et illicites était ainsi enfoncée. Était-ce aussi la fin de l'utopie « d'une société sans drogue », comme se le demandait Anne Coppel dans un de ses ouvrages en 2002¹⁹ ?

Quand l'esprit nouveau se heurte à l'absence de lois et à l'impossibilité d'en avoir de nouvelles

Mais l'euphorie fut de courte durée, car il ne fallait pas oublier deux écueils majeurs. Le tournant de 1996 s'est fait dans les règlements, les pratiques, les esprits... nullement dans la loi. La RdR n'était toujours qu'un dispositif expérimental. Une avancée significative eut cependant lieu en 2004. La loi de Santé publique cette année-là insérait enfin l'expression de RdR dans les textes législatifs. Portée par la MILDT et le ministre de la Santé Jean-François Mattéi, la loi permit la création rapide des Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues (CAARUD), avec une redoutable efficacité puisque cette introduction à la marge du principe de la RdR n'entraîna pas de médiation excessive et ne laissa pas le temps de sédimenter d'éventuels clivages et débats politiques. La MILDT entreprit ensuite de rédiger, à destination des préfets et en vue de l'application de la loi, le référentiel de cette dernière, en consultant les associations. Toutefois cette révolution de velours, dont nous mesurons encore aujourd'hui l'impact éminemment positif, admettait une limite – toujours la même depuis plus de 40 ans – : la loi de 1970, pilier de la politique antidrogue française, demeurait inchangée. Le deuxième écueil provient, aujourd'hui comme hier, de la façon dont les usagers eux-mêmes peuvent appréhender la substitution, seule expression de la RdR véritablement validée législativement, la loi de 2004 disposant que la RdR devait « prévenir la transmission des infections, la mortalité par surdose par injection de drogue intraveineuse et les dommages sociaux et psychologiques »²⁰. Cette dimension est souvent mal vécue par les associations d'autosupport, n'y voyant que médicalisation et prophylaxie, et surtout par les patients substitués dont les témoignages sont parfois amers²¹.

La substitution médicalisée n'est pas sans contraintes...

La RdR ne pourrait sortir de ce cadre expérimental et médical que si la loi de 1970, d'esprit prohibitionniste, ne tolérant aucune forme d'acceptation sociale des stupéfiants, changeait. Or la seule tentative récente de la faire évoluer a fait chou blanc. C'était en 2003. L'année précédente, le médecin Didier Jayle, qui s'était illustré dans les domaines du sida et de la toxicomanie comme président du Centre régional d'information et de prévention (CRIPS) d'Île-de-France depuis 1988, avait été nommé président de la MILDT. Voulant marcher dans les pas de Nicole Maestracci, gagnant à sa cause le ministre de la Santé Jean-François Mattei, il parvint à lancer un vaste débat

¹⁷ Coppel A, Doubre O. Drogues : sortir de l'impasse ; expérimenter des alternatives à la prohibition. *La Découverte*, 2012 : 29-32.

¹⁸ Roques B. *La dangerosité des drogues*. Paris : Odile Jacob, *La Documentation française*, 1999.

¹⁹ Coppel A. *Peut-on civiliser les drogues ? De la guerre à la drogue à la réduction des risques*. Paris : *La Découverte*, 2002.

²⁰ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique - Article 12 (*Légifrance.fr*).

²¹ Courrier envoyé à ASUD en 2000, retrouvé dans les archives privées de Jimmy Kempfer. Des extraits de ce courrier ont été reproduits dans la version en ligne de cet article sur le site *vih.org*.



sur la politique française de la drogue : des auditions furent organisées par une commission d'enquête parlementaire constituée au Sénat et parrainée par la MILDT²², permettant de dégager des pistes pour l'atténuation du cadre répressif de la loi, notamment sur la contraventionnalisation du délit d'usage du cannabis. Hélas, la révolution ne se fit pas. La surmortalité de la canicule de l'été 2003 emporta le ministre de la Santé, jugé trop indolent par l'opinion, ruinant d'un seul coup l'effet d'entraînement.

La permanence du consensus médicorépressif

Didier Jayle, déjà nommé contre l'avis du clan Sarkozy qui voulait à sa place un magistrat à poigne comme le « juge drogue » Bernard Leroy, nageait en vérité à contre-courant. Il ne put rien contre l'émergence d'un climat de « croisade morale » contre le cannabis : le gouvernement décidait sciemment de capitaliser sur les angoisses du public et du faire du débat sur la toxicomanie un symbole du laxisme du précédent gouvernement²³. En 2007, il fut froidement remercié et remplacé par Étienne Ataire, ancien membre du cabinet du ministre de l'Intérieur, devenu entre-temps président de la République. Le nouveau credo fut la « tolérance zéro »²⁴ ; ASUD sortit de la liste des associations subventionnées entre 2007 et 2012 ; Jean-Michel Costes fut rudement remercié de ses années de service à la tête de l'OFDT, conséquence, selon l'intéressé, de sa résistance à la volonté du gouvernement, via la Mission, de contrôler les chiffres sur la toxicomanie produite par l'Observatoire, organisme scientifique indépendant²⁵... Tandis que le renouveau, depuis, d'une tendance lourde à l'incarcération des usagers provient d'une autre mesure phare de l'époque Sarkozy : les « peines planchers », instaurées par la loi sur la récidive du 10 août 2007, conduisent massivement à la prison des toxicomanes pour des délits de petite délinquance associés à leurs pratiques de consommation ou de petit trafic.

L'ambiguïté demeure pour autant car le statu quo des années 1990 en matière de politique de soin demeurent en l'état. L'alternance de 2012 n'a guère mis fin pour l'heure à l'étrange tandem consensus répressif – RdR médicalisée et expérimentale. La tête de la MILDT a changé, avec Danièle Jourdain-Menninger, ancienne inspectrice des affaires sociales, ancienne membre du cabinet de Lionel Jospin à Matignon, mais l'équipe reste la même et l'Exécutif ne veut surtout pas prendre à rebrousse-poil une opinion publique de plus en plus crispée sur le

sujet. À situation législative non clarifiée, situation à jamais confuse. Dernier exemple en date : sur la base d'exemples étrangers (canadiens ou suisses), la MILDT a accompagné le projet de création de salles de consommation à moindre risque (SCMR) sous contrôle médical. Matignon a donné son feu vert début 2013. Ultime étape d'une logique de RdR, il s'agit de capter et « d'intéresser » aux soins une population fuyante, et donc « invisibilisée », mais pourtant en grande précarité²⁶. Cependant, le projet porté à Paris par l'association médico-sociale Gaïa, qui gèrait déjà un PES et un bus méthadone, a été stoppé fin 2013 pendant près de trois ans à la suite d'un avis du Conseil d'État, lui-même saisi par le ministère de la Santé voulant soudainement vérifier les garanties juridiques du dispositif : pareille démarche rentrait en contradiction avec les principes prohibitionnistes de la loi de 1970. Il a fallu trouver le subterfuge de l'inscription de l'expérience des SCMR pour une durée provisoire de six ans dans un avant-projet de loi Santé fin 2015 pour que la situation soit finalement débloquée et que la salle parisienne ouvre cet automne²⁷.

Il est fort à parier que ce type de configuration se reposera à l'avenir tant que la loi de 1970 restera intacte et tant que la RdR restera cantonnée dans le domaine des expérimentations marginales légitimées au cas par cas à coups de décrets, règlements et d'ajouts provisoires dans des textes législatifs périphériques. Vingt ans après, le tournant de 1996 n'est toujours pas pleinement assumé.

²² Plasait B, Olin N. Rapport (n° 321) de la commission d'enquête sur la politique nationale de lutte contre les drogues illicites. Paris : Documents parlementaires, Sénat, 2003.

²³ Peretti-Watel P. Cannabis, Ecstasy : du stigmatisé au déni : les deux morales des usages récréatifs des drogues illicites. Paris : L'Harmattan, 2005.

²⁴ Coppel A, Doubre O. op. cit. : 37-41.

²⁵ Le Nouvel Observateur, « Drogues : le gouvernement veut contrôler les chiffres », 15 avril 2011.

²⁶ Couteron JP, Chappard P. Salles de shoot. Les salles d'injection supervisées à l'heure du débat français. Paris : La Découverte, 2013.

²⁷ Le Monde, 11 octobre 2016, « Le long périple du projet de salle d'injection à Paris avant son ouverture ».

La cocaïne et le cannabis au cœur des bouleversements de l'offre de drogues illicites en France

Michel Gandilhon / OFDT

Les années 1990 constituent un moment charnière pour l'offre de drogues en France. La rupture la plus importante concerne l'arrivée massive de la cocaïne latino-américaine sur le Vieux continent, tandis que les trafics d'héroïne, affectés par l'introduction des traitements de substitution en 1996, amorcent un déclin, qui ne sera toutefois pas définitif du fait de la persistance d'usages d'opiacés moins visibles que dans les années 1980. En outre, le marché de la résine de cannabis se pérennise, tandis qu'un certain nombre de signes annoncent des mutations, portant notamment sur le phénomène croissant des cultures industrielles de marijuana.

Si la France et l'Europe avaient connu un premier cycle de consommation de cocaïne à partir de la fin du XIX^e siècle et culminant dans les années 1920, l'essor important des usages qui s'amorce au début des années 1990 sera, par son ampleur, sans précédent historique¹.

Cocaïne : de l'Amérique à l'Europe

Ce tournant est lié à la réorientation massive de l'exportation de cocaïne en direction de l'Europe par les trafiquants latino-américains. À l'époque, ceux-ci sont en effet confrontés à deux phénomènes. La mise en place d'une politique de lutte contre les trafics fondée sur un interventionnisme de plus en plus grand des États-Unis dans les affaires intérieures de la Colombie², premier producteur mondial de cocaïne à l'époque, et à une diminution sensible du marché nord-américain, lequel ne cesse de perdre des consommateurs se détournant d'une substance moins « glamour », du fait notamment des problèmes sanitaires qu'elle provoque et des dégâts sociaux engendrés par le trafic et l'usage de crack dans les

ghettos noirs et hispaniques des grandes métropoles. Cette réorientation n'est alors pas encore visible dans les niveaux de prévalence de l'usage en population générale européenne. Ainsi, en 1995, le premier rapport annuel de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) ne fait état que d'une « progression modeste de la prévalence dans la majorité des pays », tout en soulignant que « cette progression n'est pas aussi forte que pourraient le laisser penser les hausses enregistrées par les indicateurs de l'offre tels que le volume de cocaïne saisi par la police et les douanes »³. En revanche, dès 1990, les saisies explosent. En France, alors que dans les années 1980, les services répressifs (police, douanes, gendarmerie) interceptaient en moyenne environ 350 kg de cocaïne par an, entre 1990 et 1996, les saisies annuelles affichent une moyenne de deux tonnes, tandis que le nombre de trafiquants interpellés atteint en 1996 un niveau sans précédent : 721. Les années 1970 semblent loin avec leurs 135 trafiquants interpellés et leurs 230 kg saisies sur toute la décennie⁴ ! Cette tendance se poursuivra tout au long des années 2000 et 2010, 2015 marquant même un record historique avec près de 11 tonnes de cocaïne saisies en France⁵. Cette disponibilité plus grande de la cocaïne s'accompagne, de la part des trafiquants, d'une véritable poli-

¹ La première « épidémie » de cocaïne des années 1920 fut sans commune mesure avec celle que la France et l'Europe connaissent aujourd'hui. L'historienne Emmanuelle Retaillaud-Bajac a bien montré dans son ouvrage paru aux Presses Universitaires de Rennes en 2009 « Les Paradis perdus. Drogues et usagers de drogues dans la France de l'entre-deux guerres » que les 80 000 usagers qu'aurait connus Paris pendant les années folles relevaient du mythe et que le nombre de consommateurs se comptait alors plutôt en milliers qu'en dizaines de milliers. À comparer avec les 450 000 usagers dans l'année que compte la France aujourd'hui (Drogues, chiffres-clés. OFDT, 2015).

² Un interventionnisme qui n'est pas sans effet puisque la coopération de la DEA et de son homologue colombienne aboutit, entre autres, en 1993 à la liquidation de Pablo Escobar et l'éclatement du cartel de Medellín (La guerre à la cocaïne à l'épreuve de l'effet ballon. Swaps 8:76-7).

³ Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT). Rapport annuel sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne. Lisbonne, 1995.

⁴ Ministère de l'Intérieur, DGPN. Usage et trafics de stupéfiants, 1997.

⁵ OEDTIS. Tendances du trafic de stupéfiants en France. Bilan 2015. DCPJ, 2016, à paraître.



tique de baisse des prix. En France, en 1990, le gramme de cocaïne au détail, pour un taux de pureté oscillant entre 30 et 50 %, se situait dans une fourchette comprise entre 1 200 et 1 500 francs, soit environ près de 300 euros actuels⁶. Dix ans plus tard, le prix du gramme a été divisé par trois : 530 francs, soit un peu plus de 100 euros pour une qualité équivalente⁷. Un processus de « démocratisation » de l'usage s'engage. La cocaïne, portée par une représentation positive qui l'associe au monde de la fête⁸, s'étend hors des cercles restreints qui la consom-

maient auparavant pour toucher des populations plus vastes et relevant au moins qualitativement de toutes les classes sociales. Aujourd'hui, les usages dans l'année en France restent encore relativement bas par rapport à des pays comme l'Espagne ou la Grande-Bretagne, un regard rétrospectif portant sur les 20 dernières années montrent que ceux-ci ont tout de même presque quadruplé (cf. l'article de François Beck sur l'évolution des usages p. 2). Actuellement, le marché de la cocaïne, en termes monétaires, est presque aussi important que celui du cannabis et tourne autour d'un milliard d'euros⁹. Cet argent nourrissant de nombreux réseaux criminels, lesquels ont également beaucoup évolué ces dernières années. Alors qu'il y a 20 ans, les acteurs de l'importation de cocaïne en France étaient encore majoritairement issus du milieu traditionnel à dominante corse, c'est désormais le monde des cités, plutôt spécialisé dans l'importation en gros de la résine de cannabis, qui est hégémonique sur les segments de l'importation en gros et de la revente au détail. Cette mutation ayant été facilitée à partir du début des années 2000 par les nouvelles routes du trafic de la cocaïne, qui passent, pour contourner les dispositifs de sécurité mis en place par l'Union européenne, par l'Afrique de l'Ouest et remontent vers le Maroc et l'Algérie où les saisies de cocaïne explosent ces dernières années¹⁰. Une traduction de cette réalité tient dans le développement de la revente structurée de cocaïne dans de nombreuses cités françaises selon les mêmes modalités que le cannabis, comme c'est le cas depuis quelques années par exemple dans les quartiers nord de Marseille et de Toulouse. Le trafic de cocaïne y est plutôt destiné à une clientèle relativement pauvre et les doses ne se revendent plus au gramme, mais au demi, voire au quart de

gramme. Cependant, cela ne doit pas masquer la persistance de réseaux plus discrets et s'adressant à des clientèles beaucoup plus insérées sur le plan social. Ces dernières années, par exemple, la Brigade des stupés a évoqué l'apparition dans la région parisienne de véritables Cocaïne Call Centers (CCC) où les commandes passent par SMS et sont honorées par des myriades de livreurs à domicile¹¹. Ici le cloisonnement est de mise, le client contactant un commanditaire, lequel va appeler un coursier chargé de la livraison. Ainsi le client n'a pas les coordonnées d'un livreur changeant de toute façon régulièrement. Les CCC sont d'ailleurs la manifestation d'un autre phénomène qui s'est développé depuis 20 ans et qui ne touche pas que la cocaïne : l'extraordinaire diversification des vecteurs du trafic, lequel va du trafic de fourni d'usagers-revendeurs, s'approvisionnant notamment en Hollande, principale porte d'entrée avec l'Espagne de la cocaïne sur le Vieux continent, aux commandes sur le *dark Web* en passant par les envois de colis postaux, en provenance notamment des territoires d'outre-mer comme la Martinique¹², la Guadeloupe ou la Guyane. Ceux-ci sont devenus progressivement des zones de passage de plus en plus importantes de la cocaïne destinée à la France et à l'Europe¹³.

Développement des cultures d'herbe

Le marché du cannabis a connu, lui aussi, des transformations considérables en une vingtaine d'années. Dans les années 1990, celui-ci était dominé par la résine produite au Maroc et dans une moindre mesure au Pakistan et au Liban, tandis que l'herbe était importée d'Afrique subsaharienne. Le trafic de résine en France s'est professionnalisé progressivement à partir de la seconde moitié des années 1970 du fait de la constitution de réseaux d'importation rompant avec les pratiques plus ou moins artisanales qui prévalaient dans les années 1960 quand des réseaux d'usager-revendeurs dominaient le marché. Ce processus est visible à travers l'explosion des saisies de cannabis. À cet égard, l'année 1973 marque un basculement, puisqu'elles atteignent un niveau sans précédent : près de 2,7 tonnes alors que, jusque-là, elles se comptaient plutôt en centaines de kilos. À l'époque, le marché est encore dominé par le milieu français qui va progressivement le délaisser du fait de la diminution de sa rentabilité liée à la chute des prix et à une concurrence accrue. Dès lors, ce sont les réseaux de banlieue qui prennent le dessus¹⁴. À mesure des augmentations de prévalence dans la population – les usages dans l'année chez les 18-64 ans doublent entre 1990 et 2000¹⁵ –, le cannabis se place au cœur du marché des drogues illicites en France dans un contexte où les trafics d'héroïne,

⁶ Boekhout van Solinge T. *L'héroïne, la cocaïne et le crack en France*. CEDRO, Université d'Amsterdam, 1996.

⁷ Tendances récentes et nouvelles drogues (TREND). *Tendances récentes, rapport TREND*. Paris : OFDT 2000.

⁸ Adès J. *Les ambivalences du discours médiatique*. In: Pousset M (Dir.). *Cocaïne, données essentielles*. OFDT, 2012. *Cet essor de la consommation est indissociable du développement du mouvement techno en France et contemporain aussi de l'apparition massive de l'eestasy sur le marché*.

⁹ Ben Lakhdar C, Lalam N, Weinberger D. *Argent de la drogue, taille des marchés des drogues illicites en France*. INHESJ, MILDECA, 2016, à paraître.

¹⁰ Gandilhon M. *L'Afrique de l'Ouest : une plaque tournante du trafic mondial de cocaïne*. Afrique Défense 2016 ; 1.

¹¹ Pflau G. *Tendances récentes et nouvelles drogues*, Paris, OFDT 2014 : www.ofdt.fr/ofdt/trend/syntheseTREND2013_Paris.pdf

¹² La ligne maritime Fort-de-France-Le Havre, empruntée par les porte-conteneurs est devenu un axe important du trafic de cocaïne en direction de la métropole.

¹³ Gandilhon M, Weinberger D. *Les Antilles françaises et la Guyane : sur les routes du trafic international de cocaïne*. Drogues, enjeux internationaux 2016 ; 9.

¹⁴ Duprez D, Kokoreff M, Weinberger M. *Carrières, territoires et filières pénales, pour une sociologie comparée des trafics de drogues (Hauts-de-Seine, Nord, Seine-Saint-Denis)*. OFDT 2001.

¹⁵ Beck et al. *Les niveaux d'usage de drogues en France en 2014*. *Tendances OFDT 2015* ; 99.

¹⁶ Drogues, Chiffres clés. OFDT 2015.

¹⁷ Weinberger D. *Réseaux criminels et cannabis indoor en Europe : maintenant la France ? Drogues, enjeux internationaux OFDT 2011* ; 1.

¹⁸ OEDT. *Rapport européen sur les drogues*. Lisbonne, 2016.

¹⁹ Cadet-Taïrou A, Gandilhon M et al. *Marchés, substances, usagers : les tendances récentes (2011-2012)*. *Tendances OFDT 2013* ; 86.

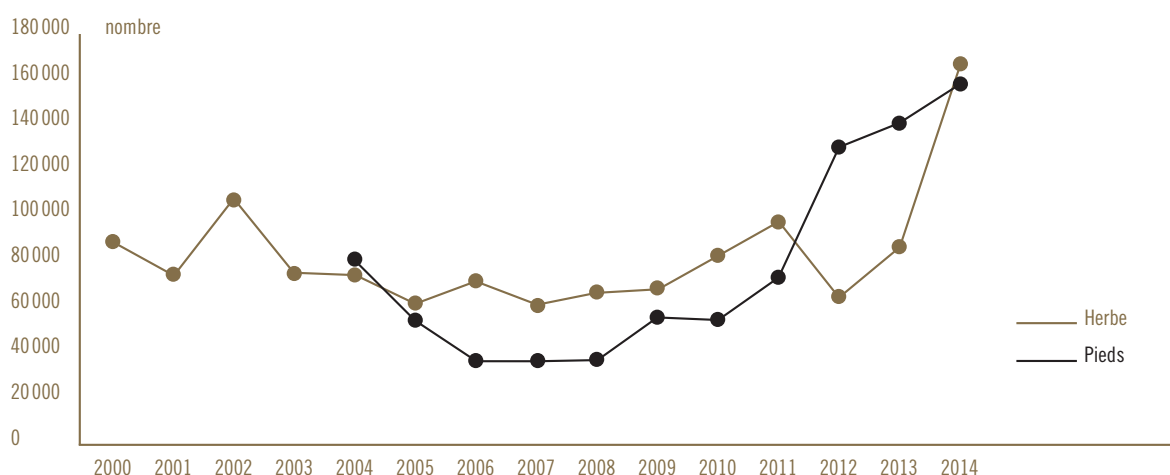
²⁰ Afsahi K, Chowhy PA. *Le Haschich marocain, du kif aux hybrides*. Drogues, enjeux internationaux 2015 ; 8. Téléchargeable ici : www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/drogues-enjeux-internationaux

à cause notamment de l'introduction des traitements de substitution, diminuent du fait de la chute de la demande. La situation n'a pas changé en 20 ans, le cannabis restant le premier produit trafiqué et consommé, tandis que son marché est estimé à plus d'un milliard et demi d'euros⁹. En revanche, ces dernières années ont connu un certain nombre de mutations avec la part de plus en plus importante prise par la production de masse de marijuana. Si cette pratique, née dans le sillage de 1968 avec le retour d'une partie de la jeunesse contestataire à la campagne, est relativement ancienne en France, la nouveauté réside dans la dimension industrielle que prend la production avec l'émergence de nouveaux acteurs sur un marché en pleine ascension. Si la réalité de l'autoproduit, phénomène qui concernerait entre 80 000 et 200 000 personnes en France¹⁶ cultivant quelques plants dans un placard ou dans un jardin pour lui-même et quelques proches, persiste, l'apparition de *cannabis factories* susceptibles, à partir de centaines, voire de milliers de plants, de produire des dizaines de kilogrammes d'herbe est en train de changer la donne. On l'a vu notamment à partir de 2011 avec le démantèlement à La Courneuve d'une plantation située dans un entrepôt et pilotée par un réseau criminel vietnamien¹⁷. Depuis, d'autres acteurs, attirés par un marché en expansion, sont entrés dans ce secteur, qu'ils appartiennent au monde des cités ou qu'ils relèvent d'un univers plus banal, sans connexion avec le crime organisé, composé de particuliers recherchant un enrichissement personnel. À cet égard, la France ne fait qu'épouser un phénomène en plein essor en Europe : depuis quelques années, le nombre de saisies d'herbe y est plus important que de celles de résine de cannabis et de nombreux pays voient leur marchés nationaux être dominés par l'herbe¹⁸. En outre, sa production répond à une demande des consommateurs souhaitant des produits de meilleure « qualité » (plus fort en THC), rompant avec la barrette de

« shit » standard, et éviter de s'approvisionner auprès de réseaux de trafiquants. Depuis quelques années, comme on l'a vu notamment avec l'émergence, vite enrayée par la justice française, du mouvement des *Cannabis social clubs*, une dimension éthique de l'usage paraît soucieux de ne pas alimenter les réseaux criminels et leurs violences¹⁹. Cette situation est corroborée par les statistiques de l'Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS) puisque les saisies de plants en 2014 et 2015 atteignent en moyenne des niveaux sans précédent, avec plus de 156 000 plants saisis, et que près de 17 tonnes d'herbe ont été confisquées l'année dernière. Alors qu'entre 2000 et 2010, le ratio herbe/résine dans les saisies s'élevait en moyenne à 7 %, depuis 2011 il a doublé pour s'établir à 15 % (Fig. 1). Cette montée en puissance de l'offre d'herbe sur le marché européen et français a des répercussions sur le marché de la résine de cannabis. Il semble en effet que les trafiquants de cités réagissent en s'adaptant aux nouvelles aspirations des consommateurs et en proposant des résines (« Paki », « Super Marocain ») et même des herbes (Amnesia, Sinsemilla, Skunk) plus diversifiées qu'avant, avec des taux de Δ -9-tétrahydrocannabinol (THC) plus élevés. Une sorte de montée en gamme démontrant que le marché du cannabis, comme tout marché qui arrive à maturité, se diversifie en niches destinées à répondre aux besoins de plus en plus différenciés des consommateurs. Cette évolution découlant aussi du processus qui voit au Maroc le kif traditionnel être remplacé de plus en plus par des variétés hybrides, importées d'Europe, plus productives et permettant aux agriculteurs de compenser la diminution importante des superficies agricoles destinées au cannabis²⁰. Toutes ces transformations sont perceptibles dans la croissance très importante des teneurs en THC des herbes et des résines saisies en France. Ainsi, depuis 2000, le taux de



Figure 1. Évolutions des saisies de plants de cannabis et d'herbe entre 2000 et 2014



(22 % en 2015 versus 6,5 % en 2000), tandis que celui de l'herbe doublait (11 versus 4,7 %) ²¹ (Fig. 2).

Persistance de l'héroïne

En 20 ans, le marché de l'héroïne en France a beaucoup évolué. En 1996, l'offre a été très affectée par l'autorisation de mise sur le marché du Subutex® et le développement des traitements à la méthadone qui ont eu pour effet d'assécher en partie le marché ²². Dès 1997, les interpellations pour usage, usage-revente et trafic local diminuent régulièrement, tandis que le produit devient de moins en moins accessible dans l'ensemble. Cependant,

à partir de 2004, l'offre du produit semble connaître une nouvelle dynamique. Celle-ci peut être mesurée, notamment dans le fait que le nombre de saisies inférieures à 5 g, bon indicateur du trafic de proximité ²³, était passé de 3 589 en 1995 à 1 605 en 2003 et remonte régulièrement depuis pour atteindre 3 147 en 2015 ²⁴. Une offre certes plus discrète que dans les années 1980 et 1990, quand certaines cités étaient spécialisées dans la revente ou que des scènes ouvertes ²⁵ existaient, mais bel et bien présente. Cette discrétion tient à plusieurs facteurs. Il semble que depuis de nombreuses années, malgré l'existence d'organisations criminelles investies dans le trafic, liées notamment aux communautés turques et albanaises ²⁶, l'offre soit portée majoritairement par des microréseaux d'usagers-revendeurs, relativement peu visibles, s'approvisionnant en petites quantités, notamment aux Pays-Bas, qui demeurent depuis 20 ans la première source de l'héroïne saisie en France. En outre, ce phénomène va de pair avec la géographie française de la demande. En effet, alors que

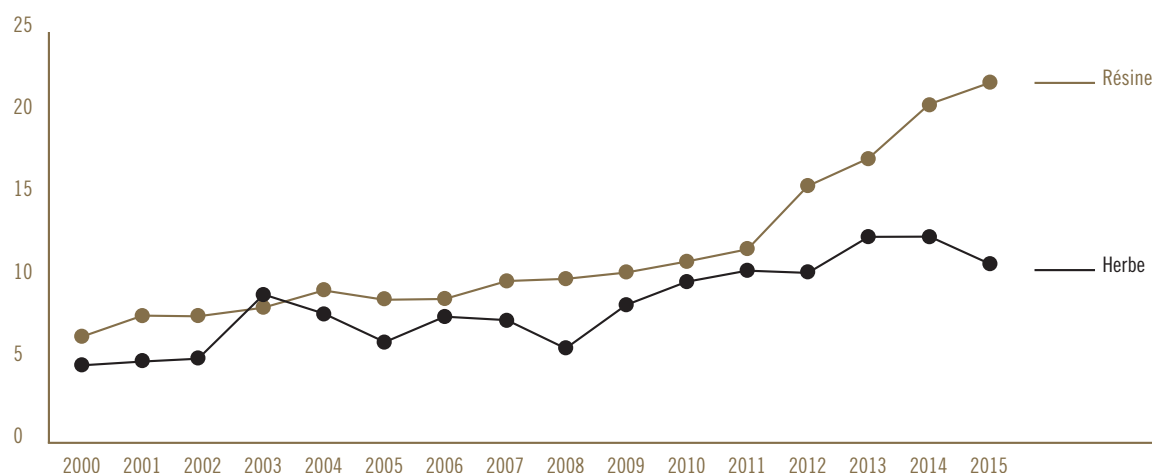
l'usage d'héroïne dans les années 1980/1990 était un phénomène essentiellement métropolitain, celui-ci touche aujourd'hui plus particulièrement les zones rurales et périurbaines, du nord-est de la France notamment ²⁷. Dans le sud du pays, en revanche, à mesure que l'on s'éloigne des Pays-Bas, l'accessibilité de l'héroïne est très faible, y compris dans des métropoles comme Bordeaux, Marseille ou Toulouse, tandis que son taux de pureté très bas provoque le passage des usagers à des médicaments de la famille des sulfates de morphine (Skenan®, Moscontin®) ²⁸.

Conclusion

Depuis 1996, le marché de la drogue en France a considérablement changé avec la place de plus en plus importante prise par la cocaïne, la restructuration du marché du cannabis avec l'importance d'une offre d'herbe, produite de manière croissante sur le sol français et européen. Ces phénomènes sont allés de pair avec une diversification importante des vecteurs et des routes de trafic attestant de l'importance de l'Hexagone, du fait de sa position au cœur de l'Europe occidentale, comme zone de transit et de consommation des drogues dans un contexte d'intensification des échanges à l'échelle mondiale ²⁹. Les changements ont affecté également les acteurs de l'offre de drogues illicites avec le déclin du milieu français traditionnel et la montée en puissance de nouvelles générations issues du monde des cités et bien implantés dans les grandes métropoles. Une réalité qui signe les limites des politiques publiques en matière de lutte contre les trafics. Celles-ci apparaissant clairement dans les statistiques d'interpellation : alors que depuis 1996, le nombre d'usagers arrêtés par les services répressifs a presque triplé, celui des trafiquants locaux est resté plutôt stable en dépit de la croissance incontestable de l'offre de drogues illicites.

Figure 2. Évolution de la teneur moyenne en THC du cannabis saisi en France

Source : INPS



Pour changer la loi, il faut sortir du sanitaire

F. Olivet / ASUD

La guerre à la drogue est un ectoplasme — « a boogymen » nous dit Ethan Nadelmann¹. Ce leurre politique devrait figurer un jour au rayon des curiosités historiques, entre les procès intentés aux animaux et la Grande Peur de 1789. Néanmoins, le caractère protéiforme de l'usage a donné des ailes aux amateurs de répression, étonnés eux-mêmes des possibilités offertes par ce droit de perquisition permanent de la liberté individuelle. Il permet de voguer de la contrainte sanitaire à l'incarcération de masse. Il s'autorise même quelques incursions militaires de type impérialiste, avant de revenir dans son bastion historique, l'ordre moral. Or c'est justement là que se situe la faille. Cette indécente puissance de feu s'avère extrêmement fragile dès lors que l'on ose s'aventurer sur le seul terrain jamais véritablement disputé aux tenants de la prohibition, la question du bien et du mal.

Le syndrome d'immunodéficience humaine est mort

On ne le dira jamais assez, l'épidémie de sida parmi les usagers de drogues est un accident sanitaire atroce, imputable à la logique de guerre développée au cours des décennies 1970 et 1980, une logique qui change la nature même du principe de prohibition en criminalisant les êtres humains et non plus les seules molécules². Or cet accident est aujourd'hui pratiquement résorbé par les effets de la politique de réduction des risques (RdR). Les conséquences de l'épidémie de sida en matière de mœurs resteront sans doute un objet d'étonnement,

mais pour être spectaculaires, elles sont probablement arrivées aujourd'hui à leur point d'orgue pour une raison simple : contrairement au slogan de l'association Limiter la Casse (1993)³, aujourd'hui on ne meurt plus du sida. Le décret « scélérat » de 1972 qui a condamné à mort des milliers de jeunes toxicos en rendant impossible la vente des seringues a été abrogé il y a 30 ans et, depuis bientôt dix ans, les usagers de drogues sont quasiment sortis des sta-

tistiques des nouvelles contaminations. Finalement, l'inauguration de la salle de consommation à moindre risque (SCMR) le 11 octobre 2016 à Paris marque probablement le dernier effet direct de cette argumentation sanitaire si chère aux militants de la RdR, au même titre que le « mariage pour tous » représente l'écho lointain d'un combat mené également dans les années sida par l'autre « groupe à risques », les hommes qui aiment les hommes.

Salle de consommation, l'anti-mariage pour tous

La comparaison des deux traductions légales du combat mené par des groupes de population discriminées est éclairante. Les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes ont su profiter du caractère éminemment politique de cette « big disease with a little name »⁴ pour repousser les lignes de leur exclusion. La loi Taubira, votée en 2013, facilite l'identification de millions de jeunes, filles ou garçons, avec les centaines de personnalités ouvertement gays ou lesbiennes, favorisant ainsi un regard plus positif sur le monde des lesbiennes,

¹ Ethan Nadelmann était en visite à Paris les 10 et 11 octobre dernier pour participer à la journée de réflexion sur la légalisation organisée au Sénat et au séminaire « Prohibitions » de l'École des hautes études en sciences sociales le 11 octobre 2016.

² Olivet F. Du concept de prohibition à la notion de guerre. *Swaps* 2014 ; 76-77. <http://vih.org/20150424/du-concept-prohibition-notion-guerre/70620>

³ « La drogue on en sort, le sida on en meurt ».

⁴ Grande maladie qui porte un petit nom, Prince, Sign O'times.



gays, bisexuels et trans (LGBT). Mieux encore, cette loi, en accordant la légitimité des sacrements républicains à l'amour entre personnes de même sexe, moralise au sens premier du terme une relation qui reste un objet complexe, souvent culpabilisant, comme tout ce qui touche aux affaires de sexualité. La nouvelle législation et le débat national qu'elle a entraîné est un pas tout à fait nécessaire pour avancer vers une forme de normalité de la relation homosexuelle, c'est du reste exactement ce que lui reproche certains militants de la cause gay.

C'est certainement aussi à cause de son caractère symbolique, qui inscrit l'usage de stupéfiant dans la cité, que les SMCR ont été combattues si vivement, et souvent par les mêmes forces. Et pourtant, si la loi de santé publique votée en 2016 représente notre « mariage pour tous » à nous, les vilains drogués, force est de constater que dans ses prérequis comme dans ses prémisses, ce changement légal charrie des effets sociétaux exactement inverses à la normalisation portée par le « mariage pour tous ». Que nous dit cette salle de consommation à Paris justement ? Elle s'adresse essentiellement à des exclus de notre système social, lesquels, pour supporter cette exclusion, ont recours à des modificateurs de conscience comme le font pour d'autres raisons la grande majorité de leurs contemporains. Mais, curieusement, ce recours à l'universalité de la modification de conscience n'est jamais mis en avant par les défenseurs de la salle. Systématiquement, ce sont les arguments de l'empathie, du trouble à l'ordre public, voire de la réduction des consommations qui sont mis en avant. En fait, ce sont surtout les adversaires des « salles de shoot » qui parlent de normalisation de l'usage de drogues, et pour en faire un grief majeur. Toujours campés au cœur du sujet, celui justement du moralisme et du changement de représentations, ils guettent tout manquement au discours politiquement correct qui veut que les SCMR soient un outil sanitaire et seulement cela. Nul doute pourtant que parmi les élus parisiens qui ont défendu le projet, il y ait autant d'adeptes du petit joint du samedi soir (quand ce n'est pas la petite ligne de coke) que de personnalités LGBT ayant défendu à leur heure, leur droit à la nuptialité. Mais nous savons qu'en matière de drogues le mot d'ordre reste le silence et la honte, comme ce fut le cas pour l'homosexualité durant des siècles. En matière de drogues, la salle de consommation se situe aux antipodes de l'identification et encore moins de la normalisation des usages de drogues illicites devenus pourtant d'une banalité absolue.

Au contraire, les défenseurs du projet – à commencer par nous ASUD – ont donné une forte visibilité à ce qui représente l'altérité la plus

radicale en matière de normes sociales, la pauvreté, la maladie, l'exclusion, la délinquance. Or nous savons que le principal moteur du changement de regard sur une population discriminée passe par l'identification du plus grand nombre à une situation devenue... banale. La banalisation... c'est la raison qui fait que l'homosexualité d'un maire de Paris n'appartient pas seulement à sa vie privée.

Quel est donc le secret d'une divergence stratégique aussi radicale entre « pédés » et « toxicos », lorsqu'au départ les enjeux semblent tellement proches ?

Le stéthoscope et la matraque

En matière de drogues, la révolution du sida a eu le mérite de ramener au cœur du débat une forme de rationalité, à commencer par des réalités mécaniques et techniques – une seringue un coton, une cuillère, un filtre. Ce sont ces réalités qui conditionnent une grande partie de ce qu'il est possible de transmettre facilement en termes d'information et de changement de pratiques, les résultats spectaculaires des chiffres du sida sont là pour le démontrer. Mais sur cette base, nous avons engagé une nouvelle approche addictologique qui, très vite, a servi d'idéologie de rechange aux supporters de l'interdit. Les militants de la RdR ont eu tendance à raisonner comme si la loi en place, la criminalisation de l'usage, ne produisait pas tous les jours ses effets dans les têtes et dans les cœurs. N'en déplaise au ténors de l'argumentation scientifique en matière de drogues, qui figurent pour certains parmi les alliés historiques d'ASUD, les effets sociétaux produits par l'addictologie sont probablement aujourd'hui aussi dévastateurs, que pouvaient l'être hier ceux de la « lutte contre la toxicomanie ». Dans les deux cas, on rate la véritable cible d'un changement de paradigme qui passe par un changement des représentations et par une identification du plus grand nombre à des pratiques normalisées. Le fait que ces pratiques soient effectivement compatibles avec des objectifs de santé publique est finalement secondaire au regard de ce qui relève du bien-être individuel et de l'estime de soi, mais aussi du vivre ensemble, autant de choses qui contribuent à construire les fameuses valeurs morales. Oui, dans le combat qui oppose les pro- et les antidrogue, il est sans doute nécessaire de choisir son camp pour être audible⁵.

« Canna business »

L'ami américain a tellement bien compris cet aspect des choses qu'il est effectivement en train de gagner le combat moral du débat sur les drogues en utilisant deux arguments, l'incarcération de masse des Noirs et des

⁵ Olivet F. Drogue: enluee dans le debat sanitaire, la France oublie les bienfaits de la légalisation. L'OBS 27 avril 2016.

Latinos et le cannabis récréatif et thérapeutique à destination principalement des classes moyennes blanches. L'incarcération de masse des Afro-américains a déjà fait l'objet de plusieurs articles qui mettent en évidence le caractère de supériorité morale acquis par les tenants de la réforme qui reçoivent aujourd'hui le renfort de la grande presse⁶. Mais le dossier « canna business » n'est pas moins intéressant de ce point de vue. Contrairement à leurs homologues français, les partisans américains de la légalisation du cannabis surfent sur les éléments de continuité qui lient ce débat avec celui du cannabis thérapeutique. Il est évident que de nombreux expérimentateurs du cannabis contre la douleur l'ont fait parce qu'ils étaient des consommateurs récréatifs avant de tomber malade. À l'inverse, la crispation idéologique qui a littéralement sorti cette molécule de l'arsenal thérapeutique français doit tout à l'oukase moral dont souffre le cannabis « pour rire ». Il n'est pas interdit de rire quand on cesse de souffrir. Nier l'absence de solution de continuité entre les deux débats relève encore de ce même complexe moral des partisans de la réforme toujours inquiet à l'idée de passer pour des propagateurs du fléau de la drogue. Lors de son exposé à l'École des hautes études en sciences sociales (EHESS), Ethan Nadelmann a insisté sur tout le crédit qu'apporte aujourd'hui aux partisans du cannabis, qu'il soit récréatif ou thérapeutique, l'image de la grand-mère ou du papy devenus consommateurs réguliers de l'herbe qui fait rire bêtement à la suite d'un combat livré contre le cancer. Il s'agit en fait d'une véritable opération de dédramatisation dont devrait s'inspirer les addictologues français, en retard d'une bataille en continuant de prétendre ne s'appuyer que sur le non-jugement et l'objectivité des sciences dures,

En temps de guerre il faut choisir son camp

« À l'évidence, un débat sur cette question s'impose, mais un débat de santé publique. Dire, comme le prétendent certains, que la consommation ne comporte aucun risque et qu'une évolution s'impose pour des raisons d'ordre public, cela me paraît irresponsable, et surtout cela ne règle pas le problème de santé publique. Comme ministre de la Santé, je veux qu'un débat ait lieu. »⁷

Au moins c'est dit. L'impossibilité d'échapper au débat commence à s'imposer aux yeux de tous, y compris aux partisans du statu quo. Hélas, Madame la ministre raisonne comme si nous étions dans un monde idéal où la santé serait située dans une bulle artificielle déconnectée de tous les enjeux culturels, sociaux, économiques et surtout... moraux qui encadrent l'usage de psychotropes. Mais ce

débat si souvent souhaité mettra inévitablement en évidence la tâche originelle du secteur sanitaire qui pareil à l'autruche, refuse de voir la dimension multidimensionnelle de la guerre à la drogue. Par là même, il obligera les partisans de la réforme à se reconstruire sur une base transpartisane pour s'attaquer enfin à la redoutable idéologie du discours prohibitionniste : les drogues sont mauvaises donc il faut les interdire.

Nous sommes en guerre en effet. Une guerre à la drogue qui est à l'œuvre tous les jours, dans nos rues, dans nos banlieues mais aussi dans nos esprits, et dans une guerre il faut choisir son camp. L'histoire nous montre hélas qu'en temps de guerre les pacifistes et ceux qui prétendent que la guerre est finie se retrouvent à collaborer objectivement avec les plus forts, ceux qui dominent temporairement la bataille, c'est ainsi. L'idéologie « addictocratique » en refusant si longtemps de s'inscrire dans un camp a renforcé, parfois à son insu, l'idéologie dominante du « non à la drogue ». La délinquance et la maladie sont du reste inscrites au cœur de la loi du 31 décembre 1970 comme des armes interchangeable. Je me souviens d'une jeune psychiatre, fraîchement arrivée dans notre microcosme, enthousiasmée par le fameux argument paradoxal qui sert de gimmick à nombre d'addictologues français : « pour mieux combattre le fléau de la drogue, il convient de légaliser sa consommation ». À trop manier le fusil du paradoxe, on finit par se tirer une balle dans le pied. Outre le caractère absolument contre intuitif de cette proposition, qui nécessite de longues explications incompatibles avec le format général du débat médiatique, elle repose hélas aussi souvent sur une forme de culpabilité morale. Le pire fut pour moi d'entendre cette jeune femme me confier en aparté que s'il lui suffisait d'avouer « faire une fête à la coke de temps en temps pour être crédible », elle trouvait cela facile. Malheureusement, il s'agit au contraire d'une affaire de courage politique. Hélas oui, aujourd'hui comme hier, le *coming out* d'un consommateur de stupéfiants est un acte politique, mais nous sommes enfin arrivé au moment où ce n'est plus un suicide social mais un acte militant, voire une preuve d'humanité... banale.

⁶ Pezet J. Un Afro-Américain sur trois finit-il en prison aux États-Unis ? *Libération* 19 janvier 2016.

⁷ Touraine M. *RMC BMTV* 10 octobre 2016.

Vingt ans de soins

Pierre Poloméni / Psychiatre, hôpital universitaire Jean-Verdier, Bondy

Quelques révolutions et plusieurs évolutions ont caractérisé ces 20 dernières années en matière de soins dans les addictions ! Une aventure vécue par certains pionniers des années 1980, ouvrant le champ de nouveaux traitements avant que ces outils soient utilisés par le plus grand nombre. Comment évoquer ces multiples changements ? À une description chronologique, nous avons préféré une description par champ, voire par produit, nous permettant quelques enthousiasmes et quelques perplexités !

Première révolution : la prescription

Là où, depuis les années 1970 dans le champ de la toxicomanie, prévalait le face à face et la psychothérapie, se glissent puis s'imposent des médicaments dits de « substitution ». Méthadone et buprénorphine, des opiacés, délivrés à des dépendants à l'héroïne, un paradoxe devenu vite évidence. Avec ces médicaments, les usagers vivent, s'injectent moins, s'infectent moins, se désocialisent moins, donnant du temps à un travail plus global. Avec eux se développe une évolution des acteurs du soin, l'implication forte de médecins généralistes précurseurs, la création des réseaux ville-hôpital, des centres spécialisés qui deviennent centres « méthadone », et des hôpitaux qui peuvent enfin s'investir. En effet, en 1996, sont créés les équipes de coordination et d'intervention auprès des malades usagers de drogues (ECIMUD), puis les équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA). Des acronymes qui sous-tendent la création d'équipes mobiles, au cœur des hôpitaux, pour accueillir les toxicomanes, puis très vite tout usager abuseur ou dépendant de substances psychoactives (SPA) que l'on rencontrait déjà aux urgences et dans les services spécialisés (sida, hépatites, etc.).

On ne se débarrasse plus (comme à l'AP-HP) de ces usagers, on prend un peu de temps, on prescrit, on propose.

La coordination des soins reste d'actualité, tentant d'aider les professionnels isolés à prendre en charge les usagers. Les médicaments en 20 ans changent de galéniques (méthadone gélule en 2007, suboxone en 2012) et un meilleur apprentissage de la prescription évite les dérives, telles que les injections de Subutex® constatées dans les années 2000. Très récemment, l'arrivée du Nalscue®, antidote en spray en traitement des overdoses, ouvre encore des possibilités thérapeutiques pour l'urgence, et on attend la possibilité pour les médecins généralistes agréés de « primo-prescrire » la méthadone.

Les années 2000, à la suite du rapport RASCAS (MILDT) qui distingue des aspects spécifiques et de nombreux aspects communs entre les différentes SPA, voient l'émergence de l'addictologie. La prise en charge se répartit autrement : le secteur comporte toujours des médecins généralistes, certains très engagés, d'autres assumant quelques patients connus depuis longtemps. Les structures médico-sociales et hospitalières proposent, en particulier depuis les circulaires de 2007 et 2008, une offre diversifiée, organisée et visible. Les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) sont devenus des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), gérés le plus souvent par des associations, accueillent des patients dans des



lieux « en ville » pour des consultations polyvalentes et, parfois, pour un hébergement. On réinvente les communautés thérapeutiques.

De leur côté, l'hôpital et certains établissements privés rendent visibles une offre de soins : consultations, hospitalisations (sevrage simple et complexe, hospitalisation de jour, soins de suite), ELSA. Ces dernières rencontrent des patients quel que soit leur niveau de dépendance et leur produit, et construisent avec eux, de la façon la plus précoce possible, un circuit de soins adapté. Le système est complété par les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD), permettant l'accueil des usagers les plus désocialisés. Les jeunes et familles ne sont pas oubliés, des dispositifs spécifiques permettent de les accueillir (consultations jeunes consommateurs [CJC] par exemple).

Aspects semblables entre les addictions, oui, avec une prévention ouverte, l'idée d'un repérage précoce et d'une RdR, de traitements associés à des psychothérapies. De nombreuses spécificités demeurent, les traitements de substitution par exemple, dont on a vu les bénéfices, ne sont disponibles que pour les opiacés et... la nicotine.

Les soins associent ceux directement liés à l'usage et à la dépendance, et d'autres liés aux comorbidités. Depuis 20 ans, dans ces deux axes, les évolutions sont majeures. Ainsi dans la dépendance à la cocaïne, il faut aider l'usager à lutter contre cette envie irrésistible : le *craving* (mot consacré par le DSM-5 de 2013). De nombreux travaux, de nombreux médicaments testés et, assez vite, les spécialistes français appliquent les recommandations, même imparfaites et partielles (par exemple la prescription actuelle de N-acétylcystéine). Dans ce cadre aussi, on utilise, hors autorisation de mise sur le marché (AMM) mais avec des données assez solides, des antiépileptiques (Epilex[®], Lamictal[®]) : ils atténuent (avis clinique) l'envie de substance (toutes les substances ?) et limitent donc la reconsommation après un sevrage. Le *craving* est aussi identifié dans l'alcoolodépendance. La RdR en matière d'alcool (en opposition à l'abstinence complète) a progressé ainsi que la découverte de médicaments : le baclofène, utilisé depuis 2008 sans AMM, et le nalméfène mis sur le marché en 2013, sont prescrits pour diminuer « l'envie de boire » et/ou favoriser des consommations contrôlées. Nouvelles molécules, nouveaux concepts, nouveaux soins...

Ce raisonnement s'applique, à une autre échelle, pour le tabac et le cannabis : fumer moins pour fumer mieux ? La e-cigarette produisant de la fumée en substitution de la cigarette ou du joint ? Dépénalisation du cannabis ? Autant de sujets majeurs, mais dont les frontières avec le

soin sont fortes : que penser en effet de la difficulté à utiliser le cannabis « thérapeutique » ?

Le traitement des comorbidités a été de même complètement bouleversé en 20 ans. Sur le plan somatique, 1996 l'année de l'arrivée des traitements de substitution, voit apparaître les trithérapies anti-VIH. On sait leur évolution, leur simplification, et, pourtant, quelle émotion, quelle réussite de la recherche, quelles modifications dans l'histoire des soignants et des soignés ! Tout comme le traitement contre l'hépatite C qui s'est considérablement accéléré il y a quelques mois. Un traitement curatif, en trois mois, d'un virus hépatique. Cette évidence renverse, lorsque l'on a connu, il n'y a pas si longtemps, l'interféron, ou encore un peu avant, l'abstinence thérapeutique.

Les « doubles diagnostics » psychiatrique et addictologique sont maintenant la norme

Maintenant ? De nombreux cliniciens témoignent d'une augmentation marquée de la prévalence des troubles de la personnalité et de l'humeur chez les usagers. De fait, les neuroleptiques et antidépresseurs ont une place importante dans les soins. Des travaux solides dans ce champ montrant ou non une évolution des tableaux psychiatriques sont demandés !

Les soins apportent aussi des effets indésirables... avec le baclofène ou le Zyprexa[®] par exemple, et engagent soignants et soignés dans une compréhension commune des choix faits. Par ailleurs, les interactions sont fortes entre certaines molécules (allongement du QT avec méthadone et neuroleptiques...) venant perturber les prescriptions. Enfin, le risque de dépendance secondaire est bien présent dans cette population (Stilnox[®], benzodiazépines, Tramadol[®]) amenant à une sélection dans les ordonnances : la suppression de certains médicaments (Rohypnol[®]) s'est imposée et une prise en charge spécifique de certains mésusages (opiacés antidouleurs) est protocolée.

De multiples problèmes à résoudre

Oui, on vit, mais les conditions sociales sont mauvaises, de nombreuses pathologies flambent encore. Les SPA évoluent et, 20 ans après l'héroïne, le crack apporte maintenant son lot de conséquences pathologiques. Soigner les addictions, c'est donc aborder les problèmes sociaux, traiter les pathologies psychiatriques et virales, proposer une prise en charge psychologique : aux psychothérapies d'inspiration psychanalytique s'ajoutent les thérapies cognitives et comportementales.

On invente de nouveaux outils de prévention/RdR et, parallèlement, les scientifiques anglo-saxons et quelques français, développent, « boostent » une compréhension

des addictions pour en permettre le soin. On balbutie, mais on explore de mieux en mieux le circuit de la dopamine, les récepteurs mu d'un côté, gaba de l'autre. À chaque découverte d'un bout de circuit correspond la mise en circulation d'une nouvelle molécule censée bloquer le *craving* ou la dépendance.

On n'accepte pas/plus ces patients alcoolodépendants qui résistent à tout, c'est-à-dire qu'ils alternent abstinence et « rechute » de façon quasi télégraphique, développant des troubles cognitifs qui sont le défi d'aujourd'hui : repérage précoce, intervention... longue.

On explore, on tente, on essaye une molécule prévue pour une SPA pour le traitement d'une autre... On réfléchit aussi au traitement des addictions comportementales (jeu, sexe, etc.) et on construit des procédures associant un suivi coaching à de la psychothérapie, à des médicaments (Revia® !). On s'aventure dans le « deep-web » pour repérer l'arrivée de nouvelles molécules (nouveaux produits de synthèse/nouvelles substances psychoactives [NPS/NSP]) et de nouveaux modes d'utilisation (slam, etc.) et on met en place des alertes précoces des professionnels et des urgentistes.

Soigner en addictologie, en tenant compte des données de la science et de la disponibilité de nouveaux outils, est faire le choix d'une présence, d'une bienveillance, d'une adaptation régulière, parfois coûteuse, aux besoins des usagers que l'on rencontre.

Abonnement

Je souhaite m'abonner gratuitement à la revue *Swaps*

Participation de 10 euros pour frais d'envoi des quatre numéros annuels

À retourner à VIH.org / Swaps / Pistes, Chaire d'addictologie CNAM, case 216, 2 rue Conté, 75003 Paris

nom

prénom

profession

organisme

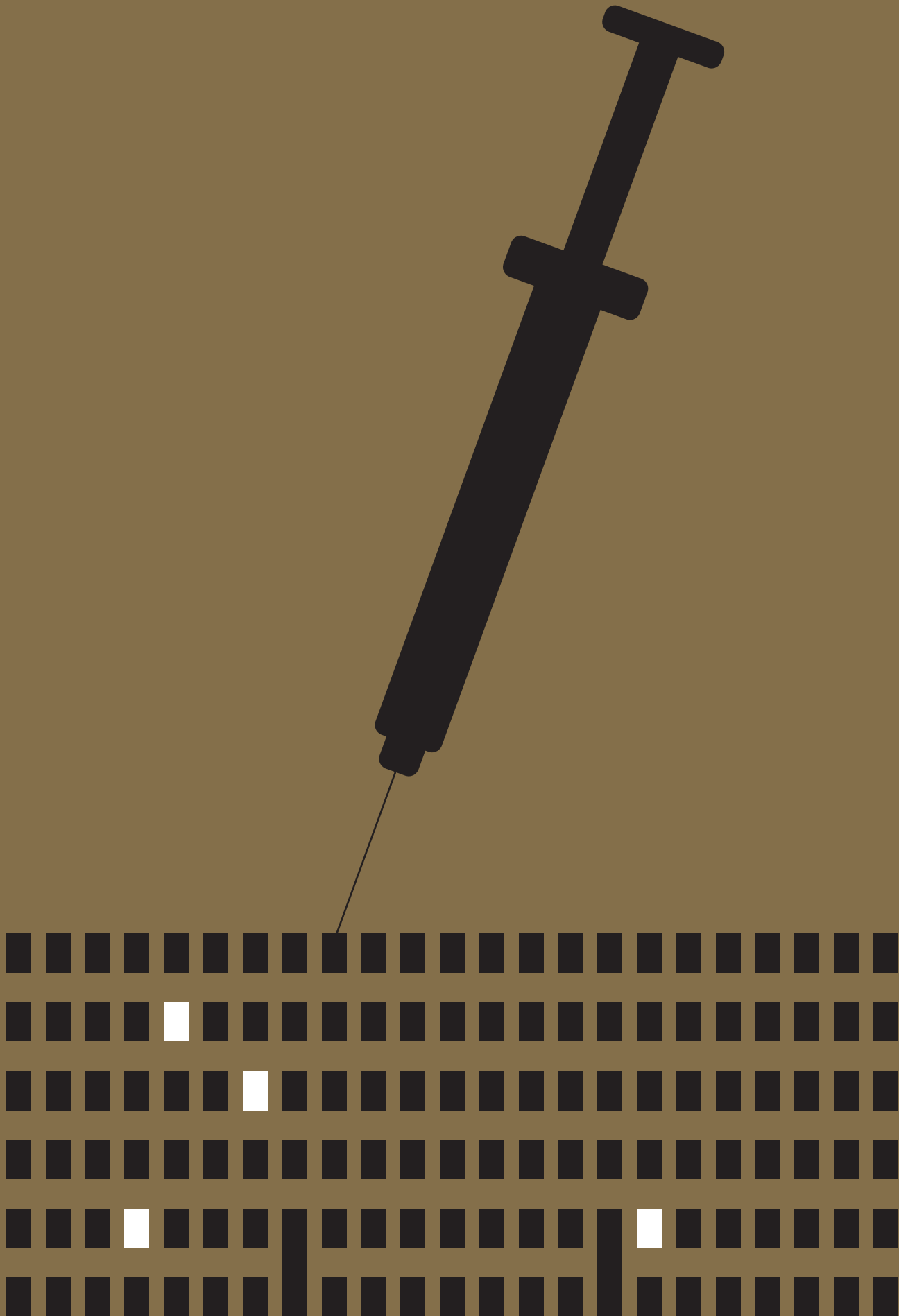
adresse

code postal

ville

tél.

e-mail



Le modèle français de réduction des risques

Marie Jauffret-Roustide / Sociologue, chargée de recherche Inserm, Cermes 3

Une société sans drogues a longtemps constitué un idéal sociétal, mais depuis le milieu des années 1980 et l'irruption de l'épidémie de sida qui a décimé les « toxicomanes utilisant la voie intraveineuse », l'éradication des drogues est considérée comme une utopie totalement irréaliste, voire potentiellement dangereuse. Marie Jauffret-Roustide revient sur les politiques publiques qui se donnent actuellement un objectif plus réaliste d'apprendre à vivre avec les drogues en les « domestiquant » afin d'en atténuer les principaux risques et dommages, par le biais du référentiel de la réduction des risques (RdR).

Il est certes fondamental de pouvoir poser des repères et des interdits afin de permettre l'organisation harmonieuse de la vie en société, mais la répression de l'usage n'apporte pas de solution efficace à la question des drogues. Au niveau international, la prohibition des drogues s'est soldée par un échec car elle n'a pas permis d'éradiquer les drogues, a contribué à marginaliser socialement les usagers de drogues et à les stigmatiser, à détériorer l'état de santé des usagers de drogues et à diffuser l'épidémie de sida et des hépatites dans la population des usagers de drogues¹.

La RdR est une politique pragmatique qui propose de réduire l'ensemble des risques et des dommages sanitaires et sociaux liés à l'usage de drogues, en les hiérarchisant. À l'origine, cette logique de hiérarchisation des risques s'inscrit en France dans un contexte de prohibition des drogues et de restriction de l'accès aux seringues dans les années 1980. Elle porte le message suivant : « Si vous le pouvez, ne vous droguez pas. Sinon, essayez de sniffer au lieu d'injecter. Sinon, utilisez une seringue propre. Sinon, réutilisez la

vôtre. Au pire, si vous partagez une seringue, nettoyez-la à l'eau de Javel. » Le fondement même de

la RdR consiste donc à s'adapter aux besoins des usagers, en fonction de là où ils en sont de leurs trajectoires (ne pas être en capacité ou dans le désir d'arrêter leur usage de drogues par injection) et dans les situations du quotidien souvent marquées par l'urgence (comment ne pas être contaminé par le VIH quand on consomme des drogues par voie intraveineuse sans un accès facilité aux seringues)². Cette politique incarne alors des choix s'opposant à ceux institués dans les années 1970 marqués par la logique dominante du sevrage et de la psychothérapie : en facilitant tout d'abord l'accès aux seringues, dont l'interdiction de vente libre est une des mesures inscrites dans un décret de 1972 relatif à la loi du 31 décembre 1970 ; et en développant ensuite l'accès aux traitements de substitution aux opiacés (TSO) qui étaient expérimentés dans quelques hôpitaux mais réservés pendant de longues années à quelques dizaines d'héroïnomanes³.

La politique de RdR a été mise en place en France de manière très progressive en plusieurs étapes décalées dans le temps, avec un retard important en comparaison avec certains de nos voisins européens tels que la Suisse, les Pays-Bas, deux pays précurseurs et novateurs ou même le Royaume-Uni. Ce retard s'explique par le modèle politique de la RdR choisi par la France qui ne lui a pas permis de se déployer de manière optimale, en raison de résistances politiques et professionnelles et d'un cadre légal spécifique. Tout d'abord, la France intègre la nécessité de la RdR dans l'urgence, en commençant par instituer une mesure symbolique et emblématique, la libéralisation de l'accès aux seringues en pharmacies en 1987. Alors que la France a attendu plusieurs années, entre le moment où il a été établi que le partage de seringues constituait un des vecteurs privilégiés pour la transmission du VIH et la déci-

¹ Friedman SR et al. Relationships of deterrence and law-enforcement to drug-related harms among drug injectors in US metropolitan areas. *AIDS* 2001 ; a : 93-9.

² Jauffret-Roustide M. *Les drogues : approche sociologique, économique et politique*. Paris : La Documentation française ; 2004.

³ Bergeron H. *L'État et la toxicomanie*. PUF ed. Paris, France : 1999.



sion de mettre fin à la restriction de l'accès aux seringues, les Pays-Bas avaient favorisé l'accès aux seringues, dès les années 1970 dans le cadre de la prévention de l'hépatite B, les associations d'autosupport (les Junkie Bonds ou syndicats de junkies), ayant joué un rôle déterminant dans l'impulsion de ces programmes de prévention, grâce à un processus de normalisation des drogues et d'une loi relativement tolérante vis-à-vis de l'usage⁴. Après la mise en œuvre de cette première mesure qui introduit une rupture, la RdR se mettra en œuvre de manière lente et très progressive, marquée par des débats et des obstacles. Ainsi, l'accès aux TSO (méthadone et Subutex®) n'interviendra qu'au milieu des années 1990, près de dix ans après l'accès aux seringues. Le Royaume-Uni dans le même temps avait permis l'accès à la méthadone dès les années 1920 et une expérience de distribution contrôlée d'héroïne par le Dr Marks dès les années 1980. La ville de Liverpool s'était ainsi distinguée par un taux de contamination VIH particulièrement faible au regard des autres villes au début de l'épidémie de sida, dans les années 1980⁵. Et enfin, autre symbole du retard et des résistances françaises, l'implantation des salles de consommation à moindre risque n'interviendra en France qu'en 2016, 30 ans après la première salle implantée à Berne en Suisse en 1986, et après qu'une vingtaine de pays se soient dotées de ce dispositif.

À travers ces exemples décrits à partir de quelques mesures phares (accès aux seringues, TSO et salles de consommation à moindre risque), on voit clairement comment le modèle français peut se distinguer des autres modèles existant en Europe tels que ceux implantés aux Pays-Bas, en Suisse, voire au Royaume-Uni, qui se sont

L'inscription dans un modèle neutre et plutôt faible de la RdR est liée à la loi du 31 décembre 1970 qui tend à cadrer le débat politique sur les drogues en France à partir d'une approche marquée par l'interdit de l'usage. Une vision faible de la RdR ne pose pas la question légale comme une condition nécessaire à la RdR, contrairement à une vision forte qui considère que l'usage de drogues fait partie intégrante des droits de l'homme et fait de la question légale un préalable à la RdR⁶. La répression de l'usage a constitué un obstacle majeur à l'implantation rapide de mesures de RdR et met la France dans une situation paradoxale. Ainsi, en 2013, lors de la première tentative de mise en place de la salle de consommation à moindre risque parisienne avec le soutien des pouvoirs publics, le conseil d'État a rendu un avis défavorable indiquant que le cadre juridique n'était pas suffisamment sécurisé. Il aura donc fallu attendre trois années et le vote de la loi de santé de 2016 pour que cette implantation voie le jour. Actuellement, la salle s'inscrit dans le cadre d'une expérimentation et de manière plus globale, la politique de RdR reste fragile et fréquemment contestée par les acteurs politiques en France.

Un modèle international

Ce qui caractérise aujourd'hui avant tout le modèle français de RdR est sa forte médicalisation, qui en fait aujourd'hui un modèle international en matière d'accès aux TSO. Après un démarrage tardif concernant l'accès aux TSO, la France a largement mis ces traitements à disposition des usagers, en passant d'une cinquantaine d'usagers en 1994 à 180 000 actuellement⁷. Cette diffusion massive et rapide a été favorisée par l'organisation du système de santé français, celui de la médecine libérale. La diffusion des TSO a eu un impact majeur dans la réduction de la contamination par le VIH dans la population des usagers de drogues et a permis de favoriser la réinsertion de certains usagers stabilisés⁸. Toutefois, cet accent mis sur le médicament de substitution a également eu pour conséquence indirecte de réduire la RdR à une somme d'instruments sanitaires déconnectés d'une vision politique. Renforcée par l'ascension de l'addictologie dans les années 1990, cette forte médicalisation s'accommode de la criminalisation persistante de l'usage de drogues qui impose un modèle faible de RdR largement indifférent au contexte social de consommation et aux facteurs structurels qui influent sur l'exposition au risque des usagers de drogues⁹. L'ouverture récente des salles de consommation à moindre risque constitue un symbole fort de cette prise en compte de l'environnement dans lequel consomment les usagers et le souhait de s'intéresser aux plus démunis, souvent les plus exposés aux risques¹⁰.

⁴ Marlatt GA. Harm reduction: pragmatic strategies for managing high-risk behaviours. New York: Guilford Press edition; 1998.

⁵ Coppel A. Les intervenants en toxicomanie, la réduction des risques et le sida en France. In: Ehrenberg A (eds). Communications. Vivre avec les drogues: marchés, politiques réglementaires, et usages. 1996; 62: 75-108.

⁶ Jauffret-Roustide M. Succès et limites du modèle de réduction des risques à la française. *Alcoologie et Addictologie* 2011;33: 101-10.

⁷ Brisacier A, Collin C. Les traitements de substitution en France: données récentes. Saint-Denis: OFDT, Tendances 2014; 94.

⁸ Emmanuelli J, Desenclos JC. Harm reduction interventions, behaviours and associated health outcomes in France, 1996-2003. *Addiction* 2005; 100: 1690-700.

⁹ Jauffret-Roustide M, Pedrono G, Beltzer N. Supervised consumption rooms: The French Paradox. *International Journal of Drug Policy* 2013; 24: 628-30.

¹⁰ Jauffret-Roustide M. Les salles de consommation à moindre risque: apprendre à vivre avec les drogues. *Esprit*, novembre 2016.

caractérisés par une force d'innovation ou d'expérimentation au fil du temps ou à certains moments de leur histoire. Contrairement à la Suisse ou aux Pays-Bas, qui s'inscrivent clairement dans des modèles forts, gradualistes et politiques de la RdR, la France s'est longtemps inscrite dans un modèle neutre, plutôt faible et intégrationniste. L'inscription dans un modèle intégrationniste ne permet pas à la RdR d'être inscrite dans un continuum du soin aux usagers de drogues (approche gradualiste), mais tend plutôt à concevoir la RdR comme une forme d'opposition au sevrage et à la psychothérapie. Les difficultés à intégrer une approche gradualiste s'expliquent en partie par la violence des débats des années 1980-1990 qui s'est traduite par un espace de conflits idéologiques et d'enjeux de position marqués entre les intervenants en toxicomanie et les partisans de la RdR, issus du milieu associatif sida et humanitaire.

A stylized birthday card graphic on a brown background. It features large, dark brown numbers '20' and a white 'ans' at the bottom. A white streamer with a black outline runs diagonally across the center. A light beige rectangular tag is attached to the streamer with a white string. The word 'SWAPS' is written in a white, outlined, sans-serif font across the middle. The tag contains the text 'FÊTE SES' in a dark brown, sans-serif font. There are several small, dark brown confetti-like shapes scattered around the numbers and streamer.

SWAPS

FÊTE SES

ans

QUESTIONS / RÉPONSES

Pour les 20 ans de *Swaps*, quelques acteurs de la réduction des risques, ou de la société civile répondent à ces trois questions sur ce que représentent actuellement les drogues, les lois censées les réguler et l'offre de réduction des risques.

Quel regard
sur les vingt dernières années
quant à la problématique
des drogues en France ?

Qu'est-ce qui
devrait changer
dans les 20 ans à venir ?

Quel(s) regret(s)
de 20 ans de réduction
des risques ?



La réduction des risques pour tous les usages

Didier Jayle / Directeur de la publication, ancien président de la MILDT (2002-2007)

La consommation d'héroïne et le VIH sont en chute libre grâce aux traitements de substitution aux opiacés (TSO), un succès massif ! Le cannabis est devenu un produit anodin, les politiques qui s'accrochent encore au modèle de la prohibition vont suivre inéluctablement la politique de légalisation qui se poursuit aux États-Unis. Parmi les combats encore à mener : le VHC ; Internet, devenu incontrôlable en tant que principal fournisseur de produits. La réduction des risques (RdR) doit s'étendre à tous les usages : cannabis, alcool, tabac, etc.

Les 20 dernières années

Ce qui me frappe d'abord, c'est l'effondrement de la consommation d'héroïne grâce aux TSO.

Même si une vague chargée d'héroïne plus pure et moins chère arrive d'Afghanistan sur l'Europe, elle se brise sur le mur des TSO qui est une protection formidable. Protection aussi contre le VIH qui s'est effondré, moins de 1 % des nouvelles contaminations versus 20 à 30 % il y a 20 ans. Quel succès ! Et ce n'est pas magique, c'est juste massif ! D'abord parce que les usagers ont totalement adhéré à la démarche, les professionnels, au départ divisés, ont tous fait leur conversion aux TSO, et l'action politique a été constante dans la durée, sous la droite comme sous la gauche.

Ensuite, les consommations de cannabis se sont ancrées dans le mode de vie des jeunes adultes, on ne peut plus parler de mode comme certains pouvaient encore le faire il y a 20 ans. C'est la reconnaissance par tous, y compris les consommateurs et les associations que ce n'est pas un produit anodin, et c'est d'autant plus vrai qu'en 20 ans son taux en THC a plus que doublé ! C'est le décalage entre les politiques, qui s'accrochent à une prohibition totalement obsolète qui empêche la prévention et la RdR, et une majorité de Français qui sont favorables au contrôle de la distribution¹, comme pour l'alcool.

Les 20 ans à venir

En novembre 2016, la Californie, le cœur du monde selon Jacques Attali², aura légaliser le cannabis. C'est un souffle énorme qui va balayer toute les Amériques et, un jour, l'Europe. C'est inéluctable.

Le deuxième changement provient d'Internet qui va devenir le principal fournisseur de produits, complètement incontrôlable par les moyens existants. C'est là que le choix politique est essentiel : mettre tous les moyens sur la réduction de la demande et la prévention et arrêter de tout investir dans une répression qui ressemble de plus en plus au tonneau des Danaïdes.

Les regrets de 20 ans de RdR

Peu. Je me suis engagé dans ce combat pour vaincre l'épidémie de VIH, c'est un succès à la hauteur des espérances. Il reste à vaincre le VHC, on y parviendra.

Grâce, il faut bien le reconnaître, à cette épidémie, la mobilisation a été forte et large : professionnels engagés, intellectuels, politiques, usagers. Aujourd'hui elle s'épuise un peu, la RdR s'est institutionnalisée, ce qui est une bonne chose mais, revers de la médaille, elle a globalement perdu en imagination et en créativité.

Enfin, l'extension de la RdR au cannabis, à l'alcool, au tabac tarde. C'est le combat de demain.

¹ Sondage IPSOS réalisé dans le cadre de la journée du 10 octobre 2016 au sénat (n° XX de Swaps : vii.org/20161011/cannabis-84-francais-juvent-inefficace-legislation-actuelle/138610

² Jacques Attali, « Une brève histoire de l'avenir », Ed. Fayard, 2015



Vingt ans de politique publique



Nicole Maestracci / Magistrat, ancienne présidente de la MILDT (1998-2002)

Je répondrai à ces questions globalement et nécessairement partiellement. Je suis en effet tenue à une stricte obligation de réserve, qui m'interdit notamment de m'exprimer publiquement sur une question susceptible d'être examinée par le Conseil constitutionnel. J'ai été présidente de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie de 1998 à 2002. C'est à partir de cette expérience, à mi-chemin de ces 20 ans, que je peux dire deux ou trois choses.

La première chose reste d'actualité. C'est la difficulté à sortir lorsqu'on parle des drogues d'une approche subjective et chargée d'émotion pour s'appuyer sur des données objectives et scientifiquement validées. Ce constat n'est d'ailleurs pas réservé aux drogues illicites. La question de l'alcool continue à susciter dans notre pays des passions irrationnelles, tant du côté des producteurs que des consommateurs.

Pendant ces 20 dernières années, de nombreux travaux de recherche ont été menés et publiés, tant dans le domaine des sciences humaines que des neurosciences. Mais cela ne suffit pas pour s'assurer qu'ils irriguent les politiques publiques. Il faut des « passeurs » qui veillent à ce que tous les acteurs soient également destinataires d'informations justes. Or, la connaissance est restée en grande partie clandestine. Malgré quelques efforts intermittents tant des spécialistes que des pouvoirs publics, la volonté de construire durablement, et au-delà des clivages partisans, une intelligence collective sur ces questions, a manqué.

La deuxième chose est une interrogation qui reste pour moi assez obsédante parce qu'elle ne concerne pas seulement le domaine des drogues : pourquoi une réalité qui apparaît aujourd'hui évidente peut-elle rester aussi longtemps invisible tant pour les décideurs que pour les acteurs ? Je ne prendrai que deux exemples : le premier concerne la sous-estimation chronique des problèmes liés à la consommation excessive d'alcool. J'ai fait l'expé-

rience amère dans les années 2000 de la difficulté à imposer dans le débat public des données pourtant aussi alarmantes qu'incontestables. Il n'est pas certain, même si je ne peux en dire plus, que même aujourd'hui toutes les conséquences en aient été tirées.

Le deuxième exemple est tiré de l'histoire de la réduction des risques. Alors que de nombreuses informations étaient déjà disponibles, notamment sur les usagers de drogue incarcérés, il reste étonnant qu'il ait fallu attendre l'épidémie de sida pour comprendre que beaucoup d'usagers étaient très marginalisés et ne faisaient l'objet d'aucune prise en charge. Le savoir théorique n'a pas suffi à rendre visible ces situations. Ni les sachants ni les responsables politiques n'ont su donner sens à des données qui étaient, il est vrai, dispersées. Depuis, les systèmes d'observation se sont affinés et de nombreuses données épidémiologiques, qui n'existaient pas, sont sur la place publique. Est-on sûr pour autant que d'autres réalités plus nouvelles n'échappent pas à notre vigilance ?

La troisième chose concerne la difficulté à penser une politique globale, malgré la conviction intime et partagée que c'est nécessaire. La question des drogues nécessite d'abord une approche philosophique et politique. Et c'est sans doute cette approche philosophique et politique qui fait le plus débat. C'est pourtant l'adhésion de bon sens à l'idée qu'il n'existe pas de société sans drogues, qui a permis de (presque) supprimer le mot « éradication » du vocabulaire des pouvoirs publics. Si la consommation des

drogues est l'une des manifestations de la fragilité des hommes, éradiquer les drogues apparaît tout aussi illusoire que de supprimer la fragilité des hommes. En revanche, réduire la consommation ou réduire les dommages liés à la consommation pour l'utilisateur lui-même et pour son entourage deviennent des objectifs raisonnables et atteignables. Tout cela a été dit et écrit dans de multiples textes aussi bien militants que technocratiques. Les données de santé publique, les approches neurobiologiques, économiques, sociales et judiciaires sont aujourd'hui connues et partagées dans le monde des sachants, ainsi qu'en témoigne la récente audition publique organisée par la Fédération française d'addictologie. Mais en dehors du monde des sachants, ces données sont encore largement ignorées. Les derniers débats sur l'installation des salles de consommation à moindre risque sont là pour nous le rappeler.

Le changement de contexte international concentre aujourd'hui le débat sur le changement de la loi et de modèle économique de distribution des drogues illicites, et en particulier du cannabis. C'est sûrement un débat important mais l'enjeu est de ne pas oublier qu'aucune politique ne peut reposer sur le seul changement de la loi. Aucune loi ne peut en effet transformer la réalité. La loi peut déplacer les frontières, éminemment mouvantes s'agissant des drogues, entre le licite et l'illicite. Elle peut accompagner les changements ou au contraire les freiner. Mais il ne faut pas en attendre l'impossible. Les changements viendront aussi et surtout du patient travail des sachants pour faire partager leur savoir.



Il faut trouver d'urgence un discours qui mobilise

France Lert / ancienne directrice de recherche à l'Inserm

Née d'une alliance politique combative, la réduction des risques (RdR) a marqué des points forts avec la diffusion de la substitution, la prévention des risques de l'injection et le coup d'arrêt au VIH chez les injecteurs d'opiacés. Ces succès — relatifs — masquent l'immobilisme sur les autres sujets liés aux drogues interdites par une loi injuste et inefficace. Pour étendre concrètement le concept de RdR aux autres drogues, France Lert invite à interroger les limites de l'approche par les addictions et à remettre en mouvement la société civile pour construire une réponse à la hauteur des enjeux.

Regard sur les 20 dernières années

Depuis 1996, l'introduction à large échelle de la substitution pour les utilisateurs d'opiacés, est un succès, mais un succès relatif : le VIH est jugulé et à un niveau très bas, mais quid de l'hépatite C, quid de l'insertion sociale des personnes stabilisées par des traitements plus efficaces, quid de la l'approche RdR pour prévenir la délinquance ou en sortir (combien d'utilisateurs en prison ?), quid d'une diversification des stratégies de prise en charge ou

de RdR au regard de l'évolution des publics et des usages ?

On en est encore à s'interroger sur :

- les programmes de substitution injectables ou avec de l'héroïne malgré les preuves apportées de longue date ;
- le rôle de la médecine générale ;
- le fait d'étendre la RdR en milieu carcéral alors que les principes et les cahiers des charges en sont définis depuis 15 ans, etc.



Ainsi ce qui, semble-t-il, caractérise surtout les 20 dernières années, c'est l'immobilisme, en particulier celui du débat public dont les politiques postulent qu'il ne s'orienterait que vers la prohibition et la répression et qu'il leur incombe donc d'en clamer bien fort et à l'unisson les vertus avec une pincée de RdR. Nous devons nous rappeler que la RdR est le résultat de la mobilisation communautaire, des alliances citoyennes, entre usagers et professionnels (professionnels du sida à l'époque contre le monde de la toxicomanie figé dans ses conceptions) et des personnalités politiques, Michèle Barzach, Simone Veil entre autres, qui ont su prendre les décisions. Dans les dix dernières années, l'État a nommé à la MILDT/MILDECA successivement un répressif revendiqué puis, avec l'alternance socialiste, s'est arrangé pour garantir que rien ne bouge. Les régaliens gardent toujours la haute main sur l'orientation du débat politique en matière de drogue et se confortent tous partis confondus, à l'exception des Verts, dans ces postures, in fine anti-jeunes, anti-pauvres, antisociales.

Dans les 20 ans à venir

Vingt ans dans un monde aussi mobile et incertain, c'est impossible à penser. Il faut regarder autour de nous dans le monde, en Europe, en France, dans les lieux ou auprès des personnes que nous fréquentons ou dans notre entourage et construire un discours d'interpellation de la société.

L'usager de drogues n'est pas un alien, c'est nous et nos proches, les lycéens des beaux et moins beaux quartiers, de la province comme des « quartiers », les jeunes qui travaillent ou pas, les ex-jeunes qui ont pris des habitudes qu'ils n'ont pas envie d'abandonner, les gays qui inventent les formules « chemsex », les fêtards et ceux qui s'ennuient, etc. Trouver un discours qui mobilise les usagers et leurs proches pour lancer un débat sur la loi face à l'usage et élaborer une réponse sans doute très compliquée qui sécurise les usagers et punit les criminels de la production et du trafic à grande échelle. C'est une tâche urgente – et peut être la seule, elle manque encore de leader, elle doit sortir de son petit milieu, affirmer la large réalité des usages, favoriser le *coming out* des usagers sur le mode non du regret mais de l'affirmation, construire des nouvelles alliances, affûter ses arguments contre les tenants de la réponse par la prohibition et leur rappeler les faits et leur échec.

Les regrets

Mon interrogation, bien que je sois aujourd'hui éloignée de ce champ de la recherche et des actions de terrain, porte sur la paralysie que constitue le fait de s'être

engouffré dans la notion d'addiction et de conduites addictives. Au nom de la neurobiologie, que très peu d'entre nous comprennent vraiment, mais restent fascinés par le système de récompense, les neurotransmetteurs, les récepteurs machins, etc., on a entrepris depuis le rapport Roques des comparaisons entre les morts de l'alcool, du tabac et ceux du cannabis, des séquences d'expérimentation du tabac, de l'ivresse et du cannabis, etc. L'idée de toutes ces recherches était de « banaliser » les drogues interdites en les rapprochant des drogues légales, traditionnelles, largement acceptées, voire défendues au nom du terroir (Hollande a inauguré la cité du vin à Bordeaux récemment) ou de la liberté (les prises de position de personnalités de tout milieu contre les mesures antitabac au nom de leur liberté). Désormais, l'addictologie s'étend au jeu, au sexe, etc.

C'est bien, surtout pour les universitaires de l'addictologie qui ont vu leur étoile briller un peu plus fort, c'est bien aussi pour la lutte contre le tabac que tout le monde se dispute dans les institutions. Pour l'alcool, vu le lobbying viticole et alcoolier, c'est plus compliqué et ça explique que la prévention ne s'intéresse qu'aux sans-voix : les jeunes. Pour les drogues illicites, ça ne change presque rien ! En tout cas, tout mouvement doit s'affranchir de l'addictologie, se construire en mouvement autonome, communautaire, s'appuyer sur les usages avec les raisons, les pratiques, les bénéfices et les inconvénients de la consommation, dénoncer les effets de la loi et de son application arbitraire, ce qu'elle entraîne de criminalisation et de ségrégation des plus faibles.

Enfin un dernier regret, c'est l'absence de volonté de construire un champ de recherche autonome sur les usages de drogues illicites, un champ multidisciplinaire, financé à la hauteur des enjeux. L'OFDT produit des chiffres et des études très utiles, la MIDT/MILDECA finance des recherches en direct à petite échelle, la nouvelle Agence nationale de santé publique mentionne dans son chapitre sur les déterminants de la santé « Drogues illicites et autres addictions » mais le mot « drogue » ne figure pas dans les plans stratégiques des Instituts thématiques multi-organismes (ITMO) qui regroupent toutes les institutions académiques en santé, neurosciences et santé publique.

La réduction des risques : un dispositif d'exception



Anne Coppel / Sociologue

La réduction des risques (RdR) est devenue une priorité au nom de l'urgence de santé publique dans la politique des drogues, mais l'objectif d'un monde sans drogue des services répressifs s'oppose toujours à celui de la RdR des services de santé. Anne Coppel se demande si l'on pourra enfin tirer les leçons des acquis scientifiques et de l'expérience.

La problématique des drogues : bien des aléas en 20 ans

Le bouleversement des pratiques médicales en 1996, année où le Subutex® est mis en vente et prescrit de plus en plus largement, n'a pas modifié les termes d'un débat public construit sur l'opposition « laxisme ou répression ». Entre 1994 et 1999, « la catastrophe sanitaire et sociale » diagnostiquée par la commission Henrion a été surmontée grâce à la politique de RdR. La majorité des Français ne savaient pas que des dizaines de milliers de jeunes mourraient, et ceux qui avaient pu le constater croyaient qu'ils mourraient de la toxicomanie et du sida. Les résultats obtenus ont montré qu'ils sont morts en grande partie du déficit de politique de santé, autrement dit de la guerre à la drogue. Nous n'avions pas imaginé qu'il soit possible d'obtenir d'aussi bons résultats, ce qui a entraîné un profond aggiornamento dans le champ de la santé avec l'appropriation des acquis scientifiques, neurosciences et santé publique. Jusqu'en 2002, la MILDT avait espéré construire un nouveau consensus sur la base de ces acquis mais, au changement de gouvernement, il a fallu se rendre à l'évidence : la politique des drogues n'est pas fondée en sciences mais sur le dispositif institutionnel de lutte contre la toxicomanie et la drogue. L'intrication des services sanitaires et répressifs y est organisée pour servir l'objectif commun d'un monde sans drogue. Dispositif d'exception, la RdR est imposée au nom de l'urgence de santé publique, mais en 2003, le sida ne fait plus peur. Quant à l'héroïne, sa diffusion dans les années 1980 a laissé un lourd héritage : le spectre du junky en manque. Au nom de la sécurité, devenue la priorité de la classe politique, la politique de la tolérance zéro est importée des États-Unis : il y a toujours des toxicomanes et des trafiquants ? C'est que la loi n'est

pas appliquée. À partir de 2008, la MILDT se réclame de cette logique guerrière sans parvenir à limiter ni les consommations ni la violence du trafic. De 2008 à aujourd'hui, une contradiction n'a pas été surmontée : elle oppose l'objectif d'un monde sans drogue des services répressifs à l'objectif de RdR et dommages des services de santé. Masquer la contradiction revient à donner de fait la prééminence à la logique répressive.

Ce qui devrait changer dans les 20 ans à venir

Pourra-t-on enfin, dans les années qui viennent, tirer les leçons des acquis scientifiques et de l'expérience ? La santé publique, hier dominée par les services répressifs, est parvenue à imposer sa logique propre sous la menace du sida, elle devrait dans les années qui viennent s'affirmer au-delà de son champ propre, comme priorité de la politique ou gestion des drogues (*drug policy*). Cette priorité a été reconnue dans le rapport de l'ONU d'avril 2016, elle implique une dénonciation de la guerre à la drogue. Les Français n'ont pas conscience d'être entrés dans une escalade guerrière, les morts de la guerre au cannabis ainsi les centaines de milliers de vie détruites par les sanctions pénales sont passées sous silence. Et il est de même des pratiques discriminatoires des policiers qui suscitent l'exaspération et la colère de ceux qui la subissent, « les Noirs et les Arabes ». Plutôt que de lutter contre le cannabis, les policiers devraient se recentrer sur leur mission propre, garantir la sécurité de tous. Les experts du champ de la santé doivent se faire entendre, ils doivent dire clairement que la guerre à la drogue n'est pas justifiée par la protection de la santé. Le fossé qui s'est creusé entre l'expertise et l'opinion tient au double langage : en pleine guerre contre le cannabis, la préven-



tion fondée sur les risques et dommages peine à faire entendre sa logique propre. Comment s'étonner si les addictologues sont difficilement audibles lorsqu'ils rappellent que l'interdit n'est pas justifié par la plus grande dangerosité des drogues illicites ? Faudrait-il renoncer à la prohibition ? Si les experts doivent informer le débat public, les différentes modalités de gestion des psychotropes relèvent de choix de société. L'implication de la société civile est nécessaire, avec les acteurs les plus concernés, au premier rang desquels les consommateurs de ces produits. Il faut espérer que tous s'inscrivent dans la démarche de changement proposée par les experts de l'ONU, en prenant acte des résultats acquis des modes de gestion existants et en développant l'innovation dans le cadre d'expérimentations contrôlées.

Les regrets

L'institutionnalisation de la RdR a été la condition de sa survie, mais ce cadre coexiste mal avec la logique de santé communautaire à l'origine des premières actions. L'évaluation nationale a porté sur l'accès aux outils, seringues stériles et médicaments de substitution, mais elle a passé sous silence le rôle des acteurs, au premier

rang desquels les usagers de drogues. Les injecteurs ont dans leur grande majorité modifié leurs pratiques, ce dont témoigne la baisse des contaminations du virus du sida. Ils ont été des acteurs indispensables aux premières actions de terrain. Au-delà des usagers, militants associatifs et professionnels se sont mobilisés à leurs côtés sans compter leur temps, à la recherche des informations dans les colloques et les formations. Sans leur engagement, les traitements de la dépendance aux opiacés n'auraient pas obtenu une baisse aussi rapide de la mortalité et de la morbidité. La démobilisation des acteurs à l'origine de l'innovation est un processus classique mais l'histoire du système de soins montre que sans alliance avec les usagers, les dispositifs sont incapables de s'adapter aux nouveaux usages et aux nouvelles prises de risques. L'engagement n'est pas propre à une génération, la génération Techno a ainsi pris la relève des injecteurs d'héroïne. Les dispositifs institutionnels auraient tout à gagner à apporter leur soutien aux usagers mobilisés et à construire de nouvelles stratégies d'alliance.

Un regard ému !



William Lowenstein / Président de SoS Addictions

Soigner plutôt que réprimer. Substituer pour soigner plutôt que sevrer pour ne pas soigner. Un tournant historique qui fit de la France un exemple dans le monde entier. Vingt années qui ont bouleversé l'approche des addictions et, pour nous, blouses blanches « issues du sida », qui ont ouvert notre esprit bien au-delà des hauts murs hospitalo-universitaires.

Regard sur les 20 dernières années

1996 : la France, globalement en retard sur la politique de santé des drogues – tout autant que sur le traitement de la douleur – autorisait, après l'accès à la méthadone en centres spécialisés en 1994, la prescription de buprénorphine sublinguale (Subutex®) par tout praticien le souhaitant, y compris et surtout les médecins généralistes. Avec une prescription et une dispensation possible pour

28 jours. Notre pays faisait, après l'épidémie de sida, le pari sanitaire de la médicalisation et d'une large accessibilité aux médicaments de substitution opiacés (MSO). Plus question de parapsychanalyse ou de psychologie des profondeurs, de carnets à souches, de médecins condamnés par le Conseil de l'ordre pour prescription de Temgésic®, d'esprit contre-productif de « sécurité/restriction ». Les maîtres-mots saisis par nos politiques clair-

voyants de l'époque (Bernard Kouchner, Philippe Douste-Blazy et Simone Veil) furent bien « accessibilité médicale ». Soigner plutôt que réprimer. Substituer pour soigner plutôt que sevrer pour ne pas soigner. Un tournant historique qui fit de la France un exemple dans le monde entier.

Sous l'impulsion de Mme Nicole Maestracci, la MILDT devint enfin, à la fin des années 1990, une organisation structurante avec des visions de prévention, de soin et de réduction des risques (RdR). Elle cessa d'être un placard doré pour hauts fonctionnaires (plus fonctionnaires que hauts) et une annexe du ministère de l'Intérieur. Elle décloisonna le vieux système français (alcool d'un côté, « toxiques » de l'autre et addictions comportementales nulle part) en réunissant toutes les addictions sous sa bannière : addictions aux substances licites (alcool, médicaments psychoactifs, etc., le tabac restant à part), aux substances illicites (héroïne bien sûr mais aussi cannabis et cocaïne), conduites dopantes et addictions sans substances. « Addiction » remplaça donc, enfin, « toxicomanie » ou « alcoolisme ». À sa suite, le Dr Didier Jayle développa les stratégies de RdR, tenta d'organiser un peu plus la recherche et mit l'accent, le premier, sur deux problématiques qui avaient été un peu reléguées au second plan pour cause d'urgence « héroïne-sida » : les consommations de cannabis et de cocaïne. Les premières campagnes de prévention sur le cannabis datent de sa présidence. Enfin, à la fin de son deuxième mandat, le président Jacques Chirac lança, en avril 2006, lors du deuxième temps du Plan Cancer, un premier « PNA » ou programme national des addictions qui espérait organiser la prise en charge des addictions dans toutes les régions françaises. Puis vinrent, de 2007 à 2012, des années régressives, sous la direction d'un magistrat dont nous ne citerons pas le nom car il n'y en a pas deux... Pendant cinq ans, un détricotage spirituel et plus de politique ambitieuse de santé des addictions ; juste une illusion d'efficacité de prohibition et d'investissement dans les caméras infrarouge pour suivre le trafic aux caraïbes. C'était avant que l'Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCR-TIS) n'organise lui-même les livraisons par tonnes de cannabis de l'Espagne en France pour augmenter les quotas et promouvoir les carrières, etc.

Depuis quatre ans, plusieurs dossiers ont été relancés par la désormais nommée MILDECA, le ministère de la Santé avec la DGS (dont le groupe TSO puis T2RA – traitements et RdR en addictologie –, l'ANSM (avec la « commission des stup »). Dossier des plus symboliques et polémiques : l'ouverture prochaine dans deux ou trois villes françaises de salles de consommation à moindre risque (SCMR). Dossiers « techniques » également impor-

tants, dans une longue dernière ligne droite : l'accès à l'antidote des overdoses (la naloxone), la primoprescription de méthadone en ville, l'actualisation des kits et trousse de consommation et la recherche d'une réglementation adaptée pour la prescription d'un troisième MSO : les sulfates de morphine.

Dans les 20 ans à venir

Dans les 20 ans à venir, nous pouvons espérer... tout ce que nous n'avons pas réussi ! Et le spectre est large !

Aussi bien en termes de bouleversement politique (décriminaliser au moins l'usage des substances dites « illicites » ; légaliser et réglementer au mieux), que d'organisation de gouvernance (faire de la santé des addictions une priorité nationale ; réorganiser et rassembler les structures tutélaires actuellement éparpillées : DGS, MILDECA (et OFDT), ANSM, DOS, INSERM, ANRS, etc. ; soutenir la recherche en adossant une agence des addictions et de l'évaluation des stratégies de soins, de prévention et de RdR à l'ANRS ; développer la prévention primaire à l'école et dans les lycées en confiant ces missions au ministère de la Santé et non plus à l'Éducation nationale ; enfin, fédérer les multiples associations actuelles en une grande association mobilisatrice comme le fut AIDES afin qu'elles participent aux innovations et évaluations des nouvelles stratégies de santé des addictions.

Mais aussi en termes de grands dossiers, au premier rang desquels les politiques de pression alcool et tabac. Autant le « détricotage de la loi Évin » par les élus des deux chambres nous ont hallucinés et désespérés, autant nous avons trouvé un nouveau souffle d'espoir avec le premier Sommet de la vape, organisé au CNAM en mai 2016. Nous y avons retrouvé tout ce qui avait fait la force des années 1989-1996 : une révolte thérapeutique, une authenticité et un élan pour renverser les dogmes nuisibles et les lobbys sans vergogne.

Des rêves plutôt que des regrets

Puis des rêves thérapeutiques : l'accès à plusieurs traitements efficaces contre les abus et dépendances de la cocaïne, des neuro-excitants, du cannabis et de l'alcool ; le développement des programmes d'échanges de seringues et de livraison postale.

Enfin, un rêve médical et humaniste : que nous saisissons plus pleinement l'immense espoir que porte la philosophie de RdR. Faire avec la réalité, de tous et de chacun, loin d'une exigence d'idéal d'observance ou d'adhésion qui se révèle contre-productive, bien trop académique pour notre monde. Le surmoi médical ne saurait se pacifier à coup d'exigences idéales. Il saura se glorifier avec le pragmatisme de la RdR.



Quarante ans de combats éthiques et politiques



Alain Morel / Psychiatre, Directeur général de l'association Oppelia

Depuis quatre décennies, l'histoire de la politique des drogues et l'évolution de la prévention et des soins se sont intimement mêlées à nos vies, à ma vie, mettant à l'épreuve des convictions morales, des certitudes professionnelles et des stratégies politiques. J'ai acquis aujourd'hui la certitude que nous ne ferons d'autres avancées dans ce domaine que si nous allons au bout de l'éthique démocratique qui reconnaît à l'autre son expérience propre et qui est capable de faire coopérer tous les points de vue, tous les savoirs au-delà de leurs apparentes contradictions.

Si cette histoire a profondément impacté des professionnels et des militants, que dire des « usagers », en particulier ceux plongés par la prohibition dans des marges obscures, inavouables de notre société, contraints de trouver au jour le jour des compromis impossibles entre soi et des injonctions sociales contradictoires, malades ou délinquants, responsables ou coupables, des groupes et des identités se sont forgés tout au long des combats successifs qu'a connus cette histoire.

Des visions plus ou moins neuves ont remplacé les anciennes. Et tous ceux qui se sont investis dans ce champ ont dû, à un moment ou un autre, remettre en question des certitudes qu'ils croyaient intangibles pour comprendre et s'approprier des changements sociétaux profonds. Ceux qui s'y sont refusés ont perdu contact avec la société réelle et toute pertinence pour agir.

L'histoire est d'abord un héritage

Dès sa naissance, au XX^e siècle, l'histoire des drogues a été celle des frontières, des clivages, des bons et des mauvais produits, des buveurs joyeux et des toxicomanes dangereux, des cleans et des sales, des intégrés et des marginaux, des réhabilités et des récidivistes.

Dans les années 1970 et 1980, nous étions quelques poignées d'« intervenants en toxicomanie » à franchir les frontières pour aller du côté de « la drogue », et à faire une découverte si évidente aujourd'hui : des personnes,

jeunes surtout, se droguent, c'est un fait social, et moins on les juge, mieux on peut les comprendre et les aider. Claude Olievenstein avait ouvert la voie en créant un lieu d'accueil spécifique, Marmottan, en fondant une clinique médico-psycho-sociale qui reconnaisse à la « toxicomanie » sa dimension essentiellement humaine. Position difficile et paradoxale alors que la société tout entière exprimait son rejet moral et approuvait massivement la répression : « pas de compromis contre la drogue et les drogués ! ». C'est aussi ce que nous apprenaient les études en psychiatrie : sevrage, méfiance, confrontation, exclusion. Toute empathie envers un pervers est une complicité. Et la toxicomanie (avec l'alcoolisme et l'homosexualité, etc.) est longtemps restée rangée parmi les perversions dans la nosographie psychiatrique. En travaillant auprès de ces personnes, nous ne pouvions plus admettre que la consommation de drogues soit assimilée à une délinquance ou à une perversion.

Le sida, première rupture

À la fin des années 1980, la déflagration du sida nous a certes renforcés dans ce combat, mais elle nous a révélé aussi combien nous étions en train de nous éloigner de son principe premier : ne pas faire pour, grâce à des théories et des institutions, si « bonnes » soient-elles, mais faire avec les « usagers », là où ils en sont et là où sont leurs besoins. Avec cette révélation venait une autre

découverte : la plupart des usagers ne demandent pas à cesser leur consommation et il est plus utile de les aider à diminuer les risques liés à leur consommation que de vouloir les aider systématiquement à l'arrêter.

D'autres intervenants venant des hôpitaux, de l'action communautaire, de la santé publique, apportaient ce regard différent. Des usagers « cachés » pouvaient sortir « du bois » où ils essayaient jusque-à de survivre tout en restant invisibles. Des polémiques et des craquements grondaient, cristallisés d'abord autour de la distribution de seringues stériles puis des traitements de substitution, objets paradigmatiques d'une autre conception de l'intervention sociale : la réduction des risques (RdR). J'étais alors président de l'Association nationale des intervenants en toxicomanie (ANIT) (devenue depuis 2013 la Fédération Addiction) et je peux témoigner des résistances du milieu professionnel qui y a vu un temps la remise en cause de son combat « pour la reconnaissance de la souffrance du toxicomane et contre toute forme de contrôle social des toxicomanes ». Mais je peux tout autant témoigner de la capacité de ce secteur à changer collectivement pour développer de nouvelles pratiques comme les TSO, de nouveaux services comme les boutiques devenues CAARUD un peu plus tard. La naissance de la Fédération européenne des intervenants en toxicomanie (ERIT) nous a beaucoup aidés à dépasser les polémiques franco-françaises et à faire évoluer nos conceptions, nos pratiques, par la rencontre de professionnels de pays voisins pas moins soucieux d'éthique que nous. La revue *Swaps* est née à cette époque, au moment où sont arrivés les traitements du VIH et où s'est affirmée l'efficacité des mesures de RdR. À un moment où nous avions besoin d'approfondir des sujets de façon moins idéologique et plus scientifique, au sens multidisciplinaire, en restant au contact permanent de tous les terrains et en évitant d'entrer au service de l'industrie pharmaceutique nouvellement arrivée dans le domaine.

Changement de logiciel addictologique

Au changement de siècle, alors que la RdR s'émancipait de la seule question des contaminations, se produit un autre tournant : l'adoption du prisme addictologique. Celui-ci s'est imposé à partir d'une donnée irrécusable mais peu intelligible jusque-là : pour comprendre les problèmes posés par les drogues, le comportement d'usage et son contexte sont plus importants que le produit utilisé. Cette conception globale trouve une reconnaissance politique grâce à l'action résolue de la MILDT alors présidée par Nicole Maestracci. Elle est promue par un discours biomédical qui met en avant les données neurobiologiques communes à toutes les dépendances mais

suscite chez des acteurs de terrain la crainte de voir disparaître leurs spécificités et leurs identités liées à l'alcoologie ou la toxicomanie. Le secteur professionnel perçoit néanmoins, dans son ensemble, ce que cette notion transversale contient comme potentiel de décroisement des esprits et de changement des représentations sociales, et s'engage dans sa mise en œuvre. En 2001 est créé la Fédération française d'addictologie (FFA) (qui réunit la plupart des associations de professionnels, voire quelques associations d'usagers, dans le champ des addictions) qui donne l'occasion, pour la première fois, aux associations et fédérations des secteurs alcool, toxicomanie et tabacologie de se parler et de travailler ensemble. Quinze ans plus tard, la FFA organise une audition publique sur « la réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives » qui conclut de façon consensuelle au bien-fondé l'application des principes de la RdR à toutes les substances, indépendamment de leur statut légal.

Pour autant, le risque subsiste, que cette approche soit confisquée par la médecine biologique et qu'elle soit le vecteur de nouvelles illusions autour d'un traitement médico-pharmaceutique de « la maladie addictive ». Le combat pour l'intégration de la dimension psychosociale de l'addiction, l'inclusion sociale des personnes concernées et la constitution d'une nouvelle alliance entre usagers et professionnels est loin d'être terminé !

Dernier butoir, des normes légales obsolètes

Reste un dernier virage avant le vrai changement de paradigme : la réforme de la politique et du droit des drogues. Pour mettre celle-ci au diapason des connaissances et des pratiques, il s'agit d'accepter enfin de poser deux principes démocratiques simples : l'application à toutes les drogues du principe de la régulation optimale entre l'offre et la demande au service de la santé publique et du bien-être de tous, et l'application à tous les usagers de drogues du droit de modifier son état psychique dès lors que l'on ne nuit à personne. Cela signifie déjudiciariser l'usage privé, dépénaliser l'usage public et canaliser l'accès aux drogues, accès médical pour certaines, accès encadré pour d'autres comme le cannabis.

L'objectif n'est pas de rêver d'une loi idéale ou d'un grand soir de la prohibition, mais d'articuler le droit avec de nouvelles représentations sociales, et avec l'objectif de renforcer le pouvoir d'agir de tous et de chacun par l'éducation préventive et la solidarité. Combien de décennies faudra-t-il encore ?





Pour une vraie réflexion sur l'usage

Serge Hefez / Pitié Salpêtrière, Paris ; Espace social et psychologique d'aide aux personnes touchées par le sida (Espas)

La formidable mobilisation autour de la toxicomanie des années 1990 est retombée. Des outils ont été mis en place, mais les débats se font de plus en plus rares, sauf celui sur la dépénalisation du cannabis. Les usagers eux-mêmes en sont le reflet et ne communiquent plus. Selon Serge Hefez, le manque de réflexions actuel sur l'usage des produits est regrettable, mais la légalisation du cannabis s'étend aux États-Unis, ce qui aura des conséquences positives dans le monde entier.

Vingt ans de réduction des risques...

Il y a eu un mouvement exceptionnel, une effervescence, une inventivité considérable entre 1992 et 1996 liés à l'épidémie de VIH qui a complètement changé le regard sur la toxicomanie, le souci de la santé des usagers par rapport au VIH est passé au premier plan, les outils de la réduction des risques (RdR) ont été forgés. Puis, entre 1996 et 2005, les idées se sont transformées en réalité, large diffusion de la substitution à partir de 1995, création des CAARUD en 2005...

Ce furent dix ans d'élaboration des outils puis de consolidation, dix ans pendant lesquels on a beaucoup parlé des questions de toxicomanie, de prise en charge des drogues, c'était sur le devant de la scène. Les intellectuels, la presse en parlaient beaucoup, phénomène largement impulsé par la MILDt sous la présidence de Nicole Maestracci, puis sous celle de Didier Jayle, qui a entretenu une effervescence de pensée, une coordination entre différents acteurs.

Puis tout est retombé

Depuis dix ans, certes les structures fonctionnent sur le terrain mais c'est comme si ça ne s'accompagnait plus d'une pensée dans le champ politique et dans le champ des préoccupations du public. C'est comme si les usagers de drogues (UD) eux-mêmes, maintenant qu'ils sont moins malades, ou qu'on est moins inquiet pour leur santé, étaient retombés dans une certaine anomie. Ils n'interrogent plus le système de santé, c'est comme s'ils

étaient revenus dans la marginalité et la délinquance dans les représentations du grand public. Depuis dix ans, plus aucun débat sauf pour ce qui concerne la dépénalisation du cannabis.

Dans les 20 ans à venir...

Justement cette question de la dépénalisation va être fortement reconsidérée.

Les États-Unis qui étaient les « chiens de garde » de la prohibition sont en train de basculer et cela va avoir des conséquences dans le monde entier.

Quels regrets ?

Ce regard sur les UD comme délinquants est finalement resté beaucoup plus ancré et tenace qu'on ne l'aurait cru au départ. Tout consommateur de drogue illicite, quelle qu'elle soit, est encore extrêmement stigmatisé dans la représentation qu'on a de lui. Il n'y a pas eu une vraie transformation de l'image des usages. La dichotomie entre produits licites et illicites persiste. Les consommateurs d'alcool, y compris ceux qui ont une consommation excessive, continuent d'avoir une image globalement très positive, les consommateurs de tabac sont peu interpellés ; quand on voit tous les débats sur le vapotage, il y a une difficulté à considérer les vapoteurs comme des transformateurs de représentation de l'usage de tabac. Il n'y a pas de vraie réflexion sur l'usage des produits, de tous les produits, quels que soient les produits, de quelque chose qui engloberait l'usage en tant que tel.

HOMMAGES



Jimmy Kempfer était un homme libre. La complexité de son parcours lui avait fait connaître la vie dans toutes ses dimensions. Il n'était dupe de rien ni de personne. Insensible aux modes, au politiquement correct, il naviguait en solitaire. Fondamentalement indépendant, il était toujours prêt à participer à des combats collectifs, à tout projet audacieux, pourvu qu'on lui laisse son espace de liberté, son indépendance. Il pouvait participer simultanément à plusieurs cercles sans jamais se laisser englober par aucun. Généreux, curieux, fidèle, attentif aux autres, il aimait partager sa passion des objets, des images, du passé. Recherchait-il sa propre histoire dans les vestiges des anciens ?

Jimmy avait une place unique à *Swaps*, son arrivée au comité de rédaction était toujours un événement, car à chaque fois il apportait des objets insolites, ses dernières trouvailles. Il apportait aussi des idées, des projets d'études, une vision originale des enjeux. Il alliait une fraîcheur dans le choix des sujets comme dans la façon de les aborder, à une absence de complaisance ou d'illusion. Ses articles pour *Swaps* étaient le fruit d'un travail minutieux tant pour la réalisation de ses enquêtes de terrain que pour leur restitution. Il est parti avec un courage hors du commun. Il a regardé la mort en face, s'y est préparé, y a préparé les autres, avec une détermination lucide impressionnante. Chapeau Jimmy !

- Didier Jayle, octobre 2014



Philippe Périn, qui fut mon ami et le secrétaire de rédaction (SR) de *Transcriptases* et de *Swaps* puis de *vih.org*, depuis la création jusqu'à ce que la maladie l'en empêche, est mort le mercredi 7 octobre 2015, à l'aurore qu'il aimait tant, entouré des siens, à son domicile, des suites d'une sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Charcot) à laquelle il a résisté magnifiquement, jusqu'à son dernier souffle. Une maladie qui n'avait en rien affecté ses qualités cognitives, d'homme, d'érudit, d'intellectuel. Et qui eut même comme retombée d'amplifier ses qualités de poète, voyageant dans sa tête sur ses deux écrans. Injuste dans sa violence, la SLA lui avait pourtant laissé jusqu'aux jours précédant le dernier, l'usage de ses deux index, posés sur ses souris. Il se tenait ainsi, via le Net, informé du monde, du rugby à la réduction des risques (RdR) dont il fut, de sa place, un artisan.

Philippe est parti avec « élégance et légèreté » comme il l'avait souhaité. Et comme il a toujours vécu ! Quelques mois après Jimmy Kempfer, avec lequel il avait échangé quelques pudeurs. Philippe était arrivé à *Swaps* et à *Transcriptases* dans le sillage d'une amitié de 32 ans, lorsque Didier Jayle avait construit l'idée de Pistes. Tout naturellement, malgré ses multiples tâches de SR de l'époque (*Le Journal du Dimanche*, *L'Équipe*, puis *Le Monde*). Il y avait donné de son temps, implacable dans la relecture, me soutenant dans mon indisponibilité, y tissant des amitiés fortes (Isabelle Célrier, Michel Gandilhon, William Ho Van Cam, Vincent Perrottet, Lydie Desplanques, Céline Debrenne et bien d'autres). Voyageant avec le Crips aux conférences internationales, de Yokohama à Durban, de Mexico à

Vienne pour les numéros spéciaux de *Transcriptases* avec l'Agence nationale de recherche sur le sida (ANRS).

Apportant à chaque fois sa bonne humeur tranquille, sa conscience professionnelle intransigeante, son érudition, sa générosité. Jusqu'à son écriture sous le pseudonyme de Nestor Hervé (N. Hervé), envoyé spécial de la RdR, de Barcelone à Beyrouth. Toute la rédaction de *Swaps/vih.org*, Didier Jayle, Michel Kazatchkine, Charles Roncier, se joint en une pensée émue pour sa femme, pour ses enfants, Dora, Juliette et Victor, pour l'ensemble de sa famille et ses amis.

- Gilles Pialoux, octobre 2015

La photographie est de Philippe Voisin.



Éric Malapert était chef de service du 7^e arrondissement de Paris, président du syndicat des psychiatres d'exercice public. Depuis 1995, il avait accepté de participer à l'aventure Nova Dona, où il prodiguait ses conseils avisés à l'équipe du centre. Fin clinicien, toujours à l'écoute, très mesuré dans ses avis, il savait apporter sans imposer. Avec son allure de marin et son regard florentin, il aimait percer le fonctionnement des autres, pas pour les dominer mais pour les aider à être plus forts et plus en cohérence avec eux-mêmes. Éric était un authentique humaniste, respectueux de l'individu et en même temps très impliqué dans les processus collectifs où il voyait la meilleure défense contre la « barbarie douce » issue de l'économie de marché. Éric a participé au comité de rédaction de *Swaps* pendant plusieurs années, il est mort subitement le 25 octobre 2008, d'un accident vasculaire cérébral. Avec Joëlle, son épouse, Arnaud et Céline, ses enfants, Sylvaine leur mère, nous sommes sous le choc.

- Didier Jayle, octobre 2008

Édito

Directeur de la publication
Didier Jayle

Rédacteur en chef
Gilles Pialoux

Secrétaire de rédaction
Brigitte Hulin

Comité de rédaction
Florence Arnold-Richez
Élisabeth Avril
Philippe Batel
Mustapha Benslimane
Vincent Benso
Catherine Brousselle
Jean-Pierre Couteron
Thibault de Vivies
Michel Gandilhon
Marie Jauffret-Roustide
Jimmy Kempfer†
Nathalie Latour
France Lert
Alexandre Marchant
Isabelle Michot
Fabrice Olivet
Philippe Périn†
Pierre Poloméni
Brigitte Rebolot

Réalisation graphique
Céline Debrenne

Impression : Alliance Reims

Dépôt légal : à parution

ISSN : 1277-7870

Commission paritaire : en cours

SWAPS

Chaire d'addictologie CNAM
2, rue Conté
75003 Paris

Téléphone : 01 58 80 87 31
swaps@pistes.fr
www.pistes.fr/swaps

Publié par l'association Pistes
(Promotion de l'information
scientifique, thérapeutique,
épidémiologique sur le sida),
qui édite aussi Transscriptases
et www.vih.org

En partenariat avec



Avec le soutien de la
Direction générale de la Santé



et du laboratoire



Contrairement à Paul Nizan, nous laisserons quiconque dire que 20 ans est le plus bel âge de la vie. Surtout pour une revue. Cela atteste de notre longévité. De notre résistance. De notre adaptation.

Oui, Swaps fête aujourd'hui ses 20 ans.

Vingt ans de réduction des risques (RdR), mais aussi d'échec de la guerre à la drogue, 20 ans de réponse pénale et d'ambiguïtés persistantes vis-à-vis de la RdR, 20 ans d'attente de la légalisation du cannabis et de la réforme de la loi de 1970, 20 ans de soins dans tous ses aspects pluridisciplinaires.

Swaps a accompagné tous ces combats et avant tout celui de la RdR pour la reconnaissance des besoins et des droits des usagers de drogues. Pendant 20 ans nous avons essayé d'analyser les transformations des usages et de rendre compte des interventions associatives et médicales.

Fort de son comité de rédaction soudé, à la fois permanent et renouvelé, qui nourrit la réflexion de la revue et apporte son expérience professionnelle pluridisciplinaire. Avec le souvenir intact de ceux qui nous ont quittés trop tôt : Éric Malapert, Jimmy Kempfer, Philippe Périn.

Fort de son indépendance malgré la baisse des subventions publiques mais avec le soutien d'un laboratoire engagé dans la substitution aux opiacés : Schering puis Reckitt-Benckiser, aujourd'hui Indivior, rejoint par Gilead.

Fort de son adossement à vih.org qui porte l'ancrage dans l'évolution des connaissances scientifiques et qui publie l'intégralité de la revue *Swaps* sur le Web.

Si 1996 est la naissance de *Swaps*, c'est aussi l'année du lancement de la buprénorphine haut dosage (BHD), c'est l'arrivée des trithérapies anti-VIH, deux révolutions qui ont changé l'avenir des usagers de drogues. Les chantiers ouverts depuis 1996 sont loin d'être achevés et nous sommes tout aussi convaincus qu'au premier jour, qu'un point de vue critique sur un problème de société et de santé publique majeur reste une priorité. *Swaps* se propose de continuer ses missions d'analyse de la RdR dans toutes ses dimensions et de diffusion des innovations. Qu'il s'agisse d'innovation en termes de politiques publiques, d'éducation des usagers, ou de traitements.

Dans ce numéro 20 ans, nous avons voulu aussi, au-delà du constat de l'histoire, donner une parole libre sous forme de trois questions à différents acteurs de la RdR ou de la société civile questionnant leur vision des 20 ans à venir et leurs regrets pour les 20 ans passés.

DIDIER JAYLE, GILLES PIALOUX